

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894

THÈSE

N^o

545

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 28 Juillet 1894, à 1 heure

Par LÉON ROBERT

Né à Saumur (Maine-et-Loire), le 25 avril 1869.

Moniteur d'accouchements à la Charité,

Ancien interne de l'hôpital de Versailles.

DE

L'ACCOUCHEMENT PAR LA FACE

ET EN PARTICULIER

DE L'INTERVENTION DANS LES MENTO-POSTÉRIEURES

Président : M. TARNIER, professeur.

*Juges : MM. } POZZI, professeur.
 } MAYGRIER et BAR, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1894

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 28 Juillet 1894, à 1 heure

Par LÉON ROBERT

Né à Saumur (Maine-et-Loire), le 25 avril 1869.

Moniteur d'accouchements à la Charité,

Ancien interne de l'hôpital de Versailles.

DE

L'ACCOUCHEMENT PAR LA FACE

ET EN PARTICULIER

DE L'INTERVENTION DANS LES MENTO-POSTÉRIEURES

Président : M. TARNIER, professeur.

*Juges : MM. { POZZI, professeur.
MAYGRIER et BAR, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1894

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M.
Professeurs.....

Anatomie.....
Physiologie.....
Physique médicale.....
Chimie organique et chimie minérale.....
Histoire naturelle médicale.....
Pathologie et thérapeutique générales.....
Pathologie médicale.....
Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie.....
Opérations et appareils.....
Pharmacologie.....
Thérapeutique et matière médicale.....
Hygiène.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie expérimentale et comparée.....

Clinique médicale.....

Maladies des enfants.....
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Clinique des maladies du système nerveux.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique des maladies des voies urinaires.....
Clinique ophthalmologique.....
Clinique d'accouchement.....

BROUARDEL.
MM.
FARABEUF.
CH. RICHET.
GARIEL.
GAUTIER.
BAILLON.
BOUCHARD.
DIEULAFOY.
DEROUE.
LANNELONGUE.
CORNIL.
MATHIAS DUVAL.
TERRIER.
POUCHET.
LANDOUZY.
PROUST.
BROUARDEL.
LABOULBÈNE.
STRAUS.
SEE (G.)
POTAIN.
JACCOUD.
HAYEM.
GRANCHER.

JOFFROY.
FOURNIER.
N...
DUPLAY.
LE DENTU.
TILLIAUX.
N...
GUYON.
PANAS.
TARNIER.
PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice,

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
AND É.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROGER.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	SEBILLEAU.
BRISAUD.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomi-	VILLEJEAN
CHARRIN.	LEJAR.	ques.	WEISS.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	
DEJERINE.	MARFAN.	REITTERER.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Officier principal des hôpitaux militaires,
Chevalier de la Légion d'honneur

ET A CELLE DE MES GRANDS PARENTS

A MA MÈRE BIEN-AIMÉE

A MON ONCLE ET A MA TANTE

A MON FRÈRE

A MONSIEUR LE DOCTEUR LECLERC

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TARNIER

Professeur à la Faculté de Médecine,
Membre de l'Académie de Médecine,
Chirurgien des hôpitaux,
Officier de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BUDIN

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine,
Accoucheur des hôpitaux,
Membre de l'Académie de Médecine.



AVANT-PROPOS

Pendant cette dernière année d'études que nous avons passée dans le service de M. le docteur Budin, à l'hôpital de la Charité, notre maître nous a donné l'idée de prendre, comme sujet de thèse, la conduite à tenir dans les accouchements par la face en mento-postérieure.

Nous sommes heureux, au début de ce travail, d'exprimer à notre maître toute notre gratitude pour la grande bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner. Par son enseignement si magistral, si clair et si pratique, l'étude a eu pour nous un véritable attrait.

Il nous a fait l'honneur de nous agréer comme moniteur, qu'il reçoive ici nos sincères remerciements.

Que M. le professeur Dieulafoy, médecin de l'hôpital Necker, nous permette de l'assurer de toute notre reconnaissance pour l'enseignement qu'il nous a donné pendant une année.

M. le docteur Bonnaire, accoucheur des hôpitaux, a bien voulu se donner la peine de nous exposer lui-même sa méthode; qu'il reçoive ici l'expression de toute notre reconnaissance, pour l'excellent accueil qu'il nous a fait.

Nous adressons aussi tous nos remerciements à MM. les docteurs Broussin, Godefroy père, et de Lauréol dont nous avons été l'interne à l'hôpital de Versailles.

MM. Dubrisay et Brindeau, internes des hôpitaux, nous ont toujours aidé de leurs conseils, nous les en remercions bien vivement.



HISTORIQUE

Les très anciens auteurs, Hippocrate en tête, ne parlent pas positivement des cas où l'enfant se présente par la face. Ils disent seulement que pour que l'accouchement soit naturel, il faut que l'enfant se présente la tête la première, sans spécifier autrement, ajoutant d'ailleurs que les mères succombent la plupart du temps quand les enfants viennent par le tronc ou par les pieds. La seule conduite qui semble avoir été tenue a été la suivante: s'efforcer de transformer les présentations de la face, en présentation du sommet. (Hippocrate, traduction Littré. T. VII, de la nature de l'enfant).

Guillemeau, en 1609, est le premier qui en fasse réellement mention, en disant que la tête peut se trouver tournée de quatre façons, reposant sur le dos, sur son estomac, et sur le bord des épaules, ce que nous traduirions ainsi aujourd'hui: tête défléchie, tête fléchie, tête inclinée. Ainsi placée, ajoute Guillemeau, la mère

s'épuise en vains efforts, et il conseille d'introduire la main pour repousser le corps de l'enfant. En 1671, Viardel exprime la même opinion, tout en ajoutant cependant un léger correctif : il s'entoure la main d'un linge, de peur de froisser, de meurtrir les parties molles de la mère. Voici du reste tout au long cette intéressante observation :

« En l'année 1669, au mois de septembre, je fus mandé
« pour aller accoucher la femme de M. Nissolle, tapis-
« sier rue Beaubourg, qui était en travail depuis deux
« jours. Étant arrivé, je demandai à M^{me} Alexandre, sa
« sage-femme, ce qui se présentait, et l'ayant touchée,
« je trouvai que l'enfant se présentait la face la première
« au passage (On voit que l'auteur ne fait pas mention de
« la variété); ce qu'ayant bien examiné, je me mis en état
« de secourir la mère, et de sauver l'enfant en cette
« manière. J'introduisis premièrement ma main tout
« doucement dans le col de la matrice, joignant mes
« quatre doigts ensemble, et repoussai peu à peu la
« face, sans blesser ni incommoder l'enfant aucunement
« avec une compresse que j'avais mise à l'extrémité de
« mes doigts, laissant pendre hors du col de la matrice.
« un bout d'une bande attachée à ladite compresse
« pour la pouvoir plus aisément retirer lorsque j'aurais
« repoussé la face, et je glissai tout doucement la main
« le long du visage jusqu'à la partie postérieure, c'est-
« à-dire le derrière de la tête, où étant arrivé, je tâchai
« de l'abaisser progressivement et doucement, jusqu'à
« ce que le menton de l'enfant touchât à la poitrine, et

« par ce moyen, je mis le dessus de la tête au passage,
« c'est-à-dire à l'orifice interne de la matrice.

Viardel fit donc une substitution; il transforma la présentation de la face en présentation du sommet et c'est ainsi qu'il opéra cet accouchement. (Viardel, *Observations sur la pratique des accouchements*, Paris 1748).

Avec Portal, en 1685, une opinion tout autre apparaît; après avoir regardé non seulement comme exceptionnel, mais encore comme impossible l'accouchement par la face, Portal dit que le seul danger qui puisse arriver à l'enfant, c'est de souffrir, d'avoir la face noire, tuméfiée, « à cause qu'elle a souffert de grandes violences à la sortie ».

Deventer et Louise Bourgeois s'appesantissent surtout sur la conduite à tenir et la gravité du pronostic.

Mauriceau dans son *Traité des maladies des femmes grosses* (7^e édition), dit ceci : « D'autres fois, l'enfant
« se présente la face la première ayant la tête renver-
« sée en arrière, en laquelle posture il est encore diffi-
« cile qu'il vienne ; et s'il y demeure longtemps, le vi-
« sage lui devient si livide et si bouffi qu'il en paraît
« tout à fait monstrueux dans l'abord ; ce qui arrive
« tant à cause de la compression qui s'en fait à cette
« situation, que pour avoir été quelquefois trop sou-
« vent et trop vivement touché avec les doigts, en
« tâchant de lui faire prendre une meilleure situa-
« tion. »

Mauriceau veut parler aussi de cette manœuvre sur

laquelle nous nous étendrons plus loin et qui consiste à amener la tête de la déflexion en flexion.

Suivent quatre observations de Mauriceau sur la face, dans lesquelles nous n'avons rien trouvé digne d'être noté.

Smellie, en 1740, dans son tome II des *Observations sur les accouchements*, raconte qu'une fois il fut mandé près d'une femme qui était en travail depuis plusieurs heures. La poche des eaux était rompue, la dilatation complète, la tête petite : « On me demanda « s'il pouvait y avoir du danger, sur quoi je répondis « avec un peu trop de précipitation qu'il n'y en avait « que pour la vie de l'enfant qu'on pouvait encore « sauver en délivrant la mère de bonne heure. »

La famille ne jugea pas à propos de permettre l'intervention; la femme expulsa spontanément son enfant, plusieurs heures après le départ de Smellie, mais l'enfant était mort.

Le Boursier du Coudray (Paris, 1759, ch. xi) conseille de remonter la tête du fœtus et de la faire basculer de manière à avoir un sommet ou bien de pratiquer la version.

Jusqu'à cette époque, l'accouchement par la face était regardé comme dangereux et pour la mère et pour l'enfant; c'était un objet de terreur pour les accoucheurs. Voilà pourquoi, dès qu'ils se trouvaient en présence d'un cas semblable ils avaient recours d'emblée à la version. Or, dans le cas où ils ne réussissaient pas, ils laissaient faire la nature qui la plupart du temps, du reste, se chargeait de l'expulsion du fœtus.

Aussi cette crainte des anciens accoucheurs nous paraît-elle exagérée.

Zeller, en 1789, dit que l'accouchement par la face est simple et naturel.

Puis viennent M^{me} Lachapelle et Boër qui professent la même doctrine, tandis que Capurou, nous dit M. Charpentier dans sa thèse de Paris (1876), s'efforçait de démontrer par des calculs géométriques « que les accouchements par la face sont impossibles « si l'art n'intervient. »

Que conclure donc d'opinions si diverses, émises par des maîtres d'une compétence si reconnue? Aujourd'hui on est d'accord pour reconnaître que ces accouchements ne sont pas aussi terribles que l'ont bien voulu dépeindre les anciens accoucheurs, et la majorité des auteurs modernes est d'accord pour dire, avec M^{me} Lachapelle, que le plus souvent la nature mène à bonne fin un accouchement se présentant dans de telles conditions.

Bien des thèses ont été soutenues à la Faculté de Paris, par Crousse, Gaynon, Decazis, Charpentier, Forcade, Caillet, Lamelle, Gravier, pour ne citer que les plus importantes; bien des travaux ont paru en France signés des professeurs Tarier, Budin, Pinard, Farabeuf, Varnier et d'autres encore, ainsi qu'en Allemagne et en Angleterre. Tous ont contribué beaucoup à fixer d'une façon plus nette, plus précise, les

cas où une intervention devient nécessaire. C'est aux ouvrages de ces maîtres que nous aurons recours dans notre modeste travail, ce sont les idées professées par eux qui nous serviront de guide.





Fréquence des présentations de la face.



La présentation de la face est rare. D'après le relevé de Merrimon et Blaud qui porte sur 3.987 accouchements, nous ne notons que 9 fois une présentation de la face.

James Reid, sur 3.350 accouchements qui ont eu lieu à l'infirmerie de Saint-Gilles et à celle de Saint-Georges à Londres, signale 15 présentations de la face.

M^{me} Boivin, sur 20.517 accouchements cite 97 faces.

Si on lit les mémoires de M^{me} Lachapelle, on trouve que sur 15.652 enfants nés dans l'espace d'environ neuf ans, 14.677 ont présenté le vertex, 349 les fesses, 237 les pieds, 72 *la face*, 68 l'une ou l'autre épaule, et 2 les genoux.

Celles de la face ne font donc que la 217^e partie de la totalité.

M. le professeur P. Dubois, sur 24.539, ne relate que 85 faces.

(Statistiques empruntées à la thèse de M. Gagnon. Paris, 1853).

Sur 7.835 accouchements qui ont eu lieu dans le grand hôpital de Vienne, Braun n'a observé que 44 fois des présentations de la face.

M. le professeur Depaul, dans ses leçons de clinique obstétricale (1852 à 1872), dit que sur 16.233 accouchements, il y a eu 93 faces, parmi lesquelles :

54	variété antérieure gauche
3	— postérieure —
19	— — droite
5	— antérieure —

Dans ses cliniques obstétricales de 1872 à 1876, où il rapporte les statistiques de l'université de Würsbourg et de l'hôpital de Götting, nous trouvons que sur 8514 accouchements, il n'y a eu que 58 faces à Würsbourg, tandis qu'à Götting, il n'y a eu que 29 faces, sur 7.104 accouchements.

Boer	donne	58	faces	sur	6.555	accouchements,
Nœvelé	—	1	—	200	—	
Merriman	—	1	—	157	—	

La plus remarquable et importante statistique qui ait été faite, est celle de M. le professeur Pinard à la Maternité de Paris.

Elle porte sur 81.711 accouchements, 330 fois seulement la face est venue la première, ce qui donne une moyenne de 1/247.

Ajoutons encore les statistiques moins importantes de la Maternité de Pau, sur 1.298 accouchements,

8 faces et de M. Amard, 4 faces pour 1.000 accouchements.

Il résulte de toutes ces statistiques, que la proportion est d'environ $1/250$.

Cependant les relevés publiés en Allemagne, et que Greuser a reproduits, indiquent une moyenne un peu plus élevée $1/247$, $1/178$, $1/182$. dit M. le professeur Tarnier.

La statistique de M. le professeur Depaul donne $1/175$.

La raison que donne ce dernier, pour expliquer cette proportion relativement élevée, nous semble bonne, et nous la partageons. Pour lui, il faut tenir compte de ceci c'est que quoique l'accouchement par la face se termine habituellement seul, il y a encore beaucoup de médecins et de sages-femmes qui s'effrayent quand ils sont en présence d'un pareil cas, et qui, dans la crainte de difficultés futures, préfèrent diriger leurs malades sur un hôpital spécial, d'où une moyenne trop élevée.

Cet accouchement, quoique rare, est néanmoins un de ceux que tout praticien doit connaître à fond, et pour lequel il doit savoir intervenir à l'occasion.





Causes.



Tant de thèses ont déjà été présentées sur les accouchements par la face en général que nous n'avons pas ici l'intention de refaire l'histoire si bien faite de ces accouchements. Nous passerons donc rapidement sur les causes, le diagnostic, le mécanisme, le pronostic, le but de notre travail étant surtout d'insister sur la conduite à tenir dans les postérieures et transversales.

Personne n'ignore que c'est l'accommodation ou l'adaptation du fœtus à l'utérus qui détermine la situation de l'enfant pendant la grossesse. M. Anvard, dans son traité pratique d'accouchements, résume ainsi les lois de l'accommodation qui sont au nombre de 2.

1^{re} Loi. (Loi utérine). *Tout contenant contractile adapte à ses propres formes et dimensions, celles d'un contenu même inerte, pourvu qu'il soit suffisamment résistant (c'est-à-dire que l'accommodation peut se faire avec un fœtus récemment mort).*

2^e Loi. (Loi fatale). *Tout contenu vivant et doué de mouvements actifs, adapte ses formes et dimensions à celles d'un contenant même inerte, pourvu qu'il soit suffisamment résistant.*

Si ces deux lois sont observées, la présentation est normale, c'est-à-dire que c'est un sommet. Sinon, nous pouvons avoir affaire à des présentations vicieuses parmi lesquelles se range la face.

A quoi tient donc la présentation de la face ? Cinq causes peuvent la produire :

- 1^o Cause tenant à l'utérus ;
- 2^o — — au bassin ;
- 3^o — — au fœtus ;
- 4^o — — aux annexes.
- 5^o — — aux traumatismes.

Qu'une de ces causes agisse seule, ou que toutes se trouvent réunies, on peut donc avoir une présentation de la face si la déflexion est complète, une présentation du front si elle est incomplète.

I. Du côté de l'utérus, on a incriminé l'inclinaison, l'obliquité de l'utérus. Les uns ont prétendu que la tête éprouve une sorte de bascule en heurtant le côté du bassin opposé : l'obliquité ; les autres, parmi lesquels on doit citer Baudelocque, ont prétendu que les forces utérines étaient inégalement réparties, la plus grande partie portant plus spécialement sur un point de la tête antérieur à l'articulation occipite-atloïdienne, sous l'influence des contractions utérines la tête se défléchit de plus en plus. M^{me} Lachapelle ne rejette pas absolu-

ment cette explication, mais elle dit aussi : « On la
« trouve quelquesfois déjà en plein au détroit supé-
« rieur avant que le terme de la grossesse ne soit ar-
« rivé et qu'il se soit développé le moindre symptôme
« de travail puerpéral. C'est ce que nous avons trouvé
« deux fois sur le cadavre. »

Et plus loin elle ajoute :

« Tous les jours ne voyons-nous pas des obliquités
« utérines énormes sans qu'elle (la face) s'avance. »

Pour M^{me} Lachapelle, plusieurs causes concourent
à renverser la tête :

« 1° Son propre poids qui l'entraîne en bas et porte
« le front comme partie plus pesante vers le vide du
« bassin.

« 2° La contraction de l'utérus qui, au moment de la
« rupture des membranes, appuie et poussé sur les
« parties les plus saillante du fœtus et par conséquent
« sur le front. L'occiput ne résiste pas autant, il re-
« monte et le front descend en produisant l'extension
« de la tête. »

On a invoqué aussi la multiparité excessive qui per-
met au fœtus d'être mobile jusqu'au moment de l'ac-
couchement et par suite de se présenter d'une façon
vicieuse.

D'autres auteurs ont parlé de leur bifidité du fond
de l'utérus, vestige de l'utérus double. Dans ce cas,
la pression transmise par la colonne vertébrale à la
tête est dirigée vers le menton, le siège étant fixé tan-
tôt dans une corne, tantôt dans l'autre, tantôt sur la
ligne médiane.

II. Quand le bassin est rétréci, ou atteint d'une tumeur qui, par sa présence, détermine un rétrécissement de bassin, on peut aussi observer des présentations vicieuses (siège, thorax, abdomen) ou même de la face, la tête se trouvant mobile au détroit supérieur au moment du travail et se défléchissant de plus en plus sous l'influence des contractions.

III. Du côté du fœtus, Hecker, de Munich, a publié en 1869 une brochure intitulée : *Ueber die Schadel-form bei gesichtslagen*, dans laquelle il raconte qu'ayant vu un grand nombre d'enfants nés par la face, il avait été frappé de l'aspect que présentait leur tête. Presque tous offraient le type dolychocéphale, c'est-à-dire un allongement considérable du crâne en arrière. On conçoit, disait-il, que ce bras de levier de la partie postérieure du crâne étant plus considérable que l'antérieur, devait déterminer une présentation de la face. Mais on sait aujourd'hui que cette cause ne peut être invoquée, car cette dolichocéphalie ne tarde pas à disparaître au bout de 3 ou 4 jours.

D'après Spiegelberg, on peut penser aussi au volume exagéré de la tête ; nous rentrons alors dans le cas de bassins rétrécis.

Il faut enfin citer quelques tumeurs du cou ou de l'occiput qui empêchent l'engagement et par suite la descente et favorisent la déflexion.

IV. M. le professeur Pinard attache une grande importance à l'insertion vicieuse du placenta comme

cause de présentation anormale et en particulier de présentation de la face.

Signalons enfin, pour être aussi complet que possible, l'hydramnios, la petitesse du fœtus. Nous n'admettons pas cette dernière explication, car si nous examinons avec attention la statistique de M. le professeur Pinard, nous voyons que sur les 330 accouchements par la face qui y sont relatés, 21 pesaient 4.000 et au dessus ; 196 pesaient 3.000 et plus ; 71 pesaient de 2.500 à 3.000 grammes.

V. Enfin les transactions dont l'action n'est pas bien prouvée, et dont l'intérêt est médiocre.

La multiplicité même des explications qui ont été fournies pour donner la raison des présentations de la face, démontre que nous ne sommes pas encore définitivement fixés sur leur valeur intrinsèque.

Toutes peuvent être invoquées, mais non à l'exclusion des autres. C'est ainsi qu'on peut rencontrer un rétrécissement du bassin et un placenta prævia, une obliquité utérine et une tête dolichocéphale, une bifidité de l'utérus et un fibrome utérin.



DIAGNOSTIC

Il faut distinguer entre les présentations primitives de la face et celles dites secondaires.

Les premières sont niées par M. le professeur Pinard et quelques autres auteurs, qui affirment que les présentations de la face sont des présentations du travail de l'accouchement.

Notre compétence n'est pas suffisante pour nous permettre ni d'affirmer ni de rejeter leur existence. Nous nous contenterons de dire que plusieurs accoucheurs et non des moins célèbres en ont observé des exemples et Mme Lachapelle cite quelques observations où à l'autopsie on trouva une présentation primitive de la face, sans que la femme ait été en travail avant sa mort.

Peu importe du reste, puisque en pratique ce n'est que pendant la période du travail que l'accoucheur

doit intervenir le plus ordinairement. Ainsi donc, le plus souvent les présentations de la face se constituent au moment du travail. Mais à quoi reconnaîtra-t-on une présentation de la face ?

Par le palper. Nous ne pouvons mieux faire ici que de citer les propres termes que M. le professeur Pinard emploie dans son « traité du palper ».

« Le palper dénote la présence d'une grosse tumeur
« au-dessus, au niveau ou au-dessous du détroit su-
« périeur suivant la période du travail à laquelle cor-
« respond l'examen. Cette tumeur paraît n'occuper
« qu'un côté ou plutôt une moitié du petit bassin très
« arrondie, très volumineuse, très accessible d'un côté ;
« elle manque de l'autre. On peut dans certains cas,
« sentir du côté opposé à la tumeur accessible, une
« saillie en forme de fer à cheval, nettement caracté-
« risée et constituée par le maxillaire inférieur et le
« menton ».

Entre l'occiput et le dos, on perçoit une dépression considérable, véritable coup de hache, formée par le renversement de la tête en arrière, et sur lequel M. le professeur Pinard insiste beaucoup. C'est un excellent signe qui équivaut, quand on le perçoit nettement, à une quasi-certitude. Avant lui déjà, Martin et Balisky l'avaient signalé.

Les autres signes sont les mêmes que dans le sommet ; il est bon toutefois de faire remarquer que le dos est toujours situé plus profondément. Sa position,

comme pour le sommet, est indiquée par la situation du dos et la dépression de la nuque.

Auscultation. L'auscultation ne nous fournit pas de renseignements bien utiles, ni bien précieux, et sans le secours du palper et du toucher, on ne pourrait porter de diagnostic? en effet le maximum s'entend au même niveau que pour le sommet, sauf cependant qu'il est peut-être parfois situé un peu plus haut.

Toucher. Le toucher est le mode d'exploration qui dans les faces comme dans tout autre présentation, nous fournira les signes les plus exacts, les plus certains et qui viendront corroborer ou détruire l'examen donné par le palper seul. Nous devons diviser ce paragraphe en deux alinéas pour donner plus de clarté et dire ce qu'on trouve :

1° avant la rupture de la poche des eaux ;

2° Après évacuation de la poche.

1° Avant la rupture de la poche des eaux, il est extrêmement difficile, surtout si cette dernière est très épaisse ou très tendue, d'avoir des sensations nettes, et pour peu que la face soit encore très élevée, nous dirons même qu'il est impossible de porter le diagnostic.

« Comment, en effet, distinguer à travers les membranes tendues un pied d'avec une main, la face encore élevée et mobile d'avec les fesses ? » (M^e Lachapelle. 1^{er} mémoire. Pratique des accouplements).

2° Une fois la dilatation de l'orifice utérin complète et la poche des eaux rompue artificiellement ou spontanément, la difficulté disparaît, et on peut dire que c'est le moment d'élection pour faire un toucher qui ait une réelle valeur.

Si on n'est appelé à examiner la femme que tardivement, longtemps après cette rupture, les difficultés recommencent, mais elles sont d'une autre nature.

Dans le premier cas, on n'avait que des sensations imparfaites, ou même on ne sentait rien du tout ; ici, c'est par la sensation fournie que peut être commise l'erreur. En effet, les contractions utérines poussent lentement la face dans l'excavation, mais la face répond au vide du bassin et devient le siège d'une tuméfaction considérable ; les deux joues ressemblent à deux bosses séro-sanguines énormes séparées par un sillon, et si on ne fait une grande attention, on peut diagnostiquer une présentation de siège. Comment donc doit-on procéder pour éviter cette erreur qui peut être si préjudiciable à l'accoucheur. Il faut, et nous ne saurions trop insister sur ce point, il faut disons-nous faire un toucher très délicat pour que la pulpe du doigt, cette partie qui jouit d'une si exquise sensibilité interprète convenablement la sensation qu'elle perçoit. D'autre part, si on ne se conforme pas à ce précepte, on risque de produire les plus graves lésions, témoin le cas rapporté par M. le professeur Depaul où l'enfant vint au monde, les yeux crevés par suite de la violence avec laquelle le toucher avait été pratiqué. D'autres fois, ce sont des cchymoses produites par des

coups d'ongle qui, nous le voulons bien, guérissent rapidement, mais n'en sont pas moins souvent une cause d'ennuis. D'où la nécessité d'avoir toujours les ongles ras, bien limés et arrondis.

Supposons donc ces préceptes bien adoptés ; un observateur attentif enfoncera son doigt jusqu'à ce qu'il rencontre le sillon interjugal ; il le suivra soigneusement et, au fond, il finira par sentir un petit tubercule résistant bordé de deux petites ouvertures triangulaires. C'est le nez, qu'on ne peut confondre avec aucun autre organe ; c'est lui qui donne le plus important signe de diagnostic, car c'est la seule partie qui ne s'infilte jamais. Une autre cause d'erreur bien souvent commise, est de prendre la bouche pour l'anus et réciproquement. Le doigt s'enfonce dans une petite cavité qui est située au-dessous du petit tubercule dont nous venons de parler, et pour peu qu'on ait lieu de supposer une présentation du siège, on prend le petit tubercule pour le coccyx, la petite cavité pour l'anus, et on en conclut à une présentation du siège. Il est facile, croyons-nous, d'éviter cette double erreur ; d'abord on peut sentir au-dessus de l'anus les organes génitaux du fœtus, et après avoir mis le doigt dans l'anus on le retire teinté de méconium. De plus en suivant le coccyx on arrive sur la crête sacrée dont il est facile de constater la résistance et la forme. Chacun connaît l'aventure arrivée à un célèbre professeur qui assurait à ses élèves que la présentation qu'ils avaient sous les yeux était une face, parce que, disait-il, il avait mis son doigt dans la bouche de l'enfant.

L'hilarité des élèves arriva à son comble quand, en gesticulant, il montra sans s'en douter, son doigt souillé encore de méconium, portant ainsi le cachet de sa méprise.

La sensation fournie par la cavité buccale est tout autre. le plus souvent, l'enfant fait des efforts de succion et on arrive facilement à sentir les rebords alvéolaires. Quoi qu'il en soit, ce n'est que par un examen méthodique, un toucher lent et délicat, qu'on arrivera à porter un bon diagnostic.

Cette erreur, rapportée plus haut, n'est pas isolée, tant s'en faut. Que d'autres encore viendront s'y ajouter !

Il est indispensable de formuler nettement aussi la position ; et pour y arriver, c'est encore le nez qui nous servira. Prenons pour plus de netteté un exemple, et supposons-nous être en présence d'une femme en travail. La dilatation est complète, la poche des eaux est romyme depuis peu. l'examen assez facile par conséquent a démontré qu'on avait affaire à une M. I. D. P. Par quelle succession de signes est-on arrivé à porter ce diagnostic ? Par le toucher, le doigt sent au milieu de l'orifice utérin une masse molle (joue antérieure). en arrière de laquelle il sent un sillon : plus en arrière de ce sillon une autre masse molle (joue postérieure). A gauche et en avant nous arrivons sur une masse dure, arrondie, lisse, c'est le front ; un peu plus bas et de chaque côté du sillon deux dépressions molles, ovallaires, encadrées de rebords durs, plus résistants, ce sont les orbites et les yeux recouverts des paupières.

Continuons à suivre notre sillon, nous sommes arrêtés par une petite pyramide triangulaire percée de deux trous sur l'une de ses faces : c'est le nez.

Or, c'est précisément l'orientation de ces deux trous ou narines qui nous dira où est situé le menton. On conçoit très bien, sans qu'il soit nécessaire de s'appesantir plus longuement, que si ces ouvertures regardent en avant, le menton regardera en avant, et alors on aura affaire à une variété antérieure ; si elles regardent directement en dehors, à une variété transversale ; en arrière à une variété postérieure. Or, ici, nous les trouvons dirigées non directement en arrière, mais un peu à droite, nous allons donc trouver le menton en arrière et à droite. C'est ce que la continuation de notre examen va nous montrer. Toujours au fond du sillon, notre doigt tombe dans une cavité, c'est la bouche ; en effet, nous avons nettement senti l'enfant faire quelques efforts de succion, et en promenant notre extrémité digitale dans l'intérieur de la cavité, nous avons pu apprécier le relief fourni par les deux rebords alvéolaires et le frein de la langue. Enfin nous tombons sur une sorte d'arcade osseuse qui regarde en arrière du côté de la symphyse sacro-iliaque droite, c'est le menton. La majorité des accoucheurs est d'accord aujourd'hui pour prendre, comme point de repère, la partie fatale qui vient se dégager la première sous les pubis. Dans les faces, c'est le menton. Nous dirons donc comme conclusion de notre examen par le toucher, combiné au palper et à l'auscultation : Présentation de la face en position droite, variété postérieure.

Les droites postérieures, sont avec les gauches antérieures, les plus fréquentes. Les premières sont aux secondes comme 15 est à 38. (Paul Dubois). Nous ne nous occuperons ici que des variétés postérieures et transversales qui nécessitent souvent une intervention de la part de l'accoucheur.





Mécanisme de l'accouchement par la face.



Nous n'en parlerons que pour n'être pas incomplet. Ce mécanisme se trouvant décrit avec la plus grande clarté dans les auteurs classiques, nous ne pourrions faire que difficilement moins bien.

L'accouchement par la face comporte 6 temps :

1^{er} AMOINDRISSEMENT.

L'amoindrissement a lieu par tassement, comme pour le sommet ; mais ici la tête, au lieu de se fléchir de plus en plus, se défléchit de plus en plus, de sorte que, lorsque la région occipitale touche le dos du fœtus, la tête offre à la filière pelvienne un diamètre très voisin du sous-mento-frontal qui est plus petit, par suite plus favorable que le mento-bregmatique.

2^e TEMPS.

La tête une fois fortement défléchie descend dans

l'excavation, jusqu'à ce que les épaules soient arrêtées au détroit supérieur, auquel moment elle se trouve appuyer sur le plancher périnéal. C'est le temps de la descente ou de l'engagement.

3° TEMPS.

Constitué par la rotation interne de la face. Le menton tourne pour venir se dégager sous l'arcade des pubis. C'est le temps le plus important, car s'il ne s'effectue pas normalement, on est obligé d'intervenir. On conçoit très bien que, dans le cas où le menton se trouve dirigé en regard de l'articulation sacro-iliaque du côté droit ou gauche, il devra accomplir plus de chemin que s'il est placé en antérieur, c'est-à-dire répondant à l'éminence iléo-pectinée.

4° TEMPS.

Sous l'influence des contractions utérines, le menton se dégage sous l'arcade du pubis, martelant ainsi le clitoris, comme dit Farabeuf, sur le pénil ; puis, successivement, la tête se défléchissant de plus en plus, mais lentement, elle se dégage complètement par ses diamètres trachélo-bregmatique et trachélo-occipital, qui n'ont pas plus de 9, 5, et qui passent très facilement. Il est à remarquer que la flexion de la tête ne commence pas à la vulve, mais bien dans le bassin musculaire, comme la déflexion pour le sommet, c'est-à-dire au détroit moyen.

5^e TEMPS.

Rotation externe de la tête.

Comme pour le sommet, dans les présentations de la face, la tête tourne du côté où elle était primitivement dans le bassin. A droite ou à gauche, suivant sa situation première ; ce mouvement de rotation externe est dû à un semblable mouvement que subissent les épaules dans l'excavation pour s'adapter aux plus grands diamètres du détroit inférieur, ou autrement dit au diamètre coccy-pubien.

6^e TEMPS.

Dégagement du tronc qui s'accomplit comme pour la présentation du sommet.

En résumé, le 3^e temps seul offre un réel intérêt, car s'il ne s'accomplit pas, si le diamètre occipito-mentonnier, qui mesure 13 et même 13,5, se mettait en rapport avec le diamètre locey-pubien, qui n'a que 12 au grand maximum, l'accouchement spontané serait impossible, la tête s'enclavant.

Le menton ne peut évidemment pas se dégager sur le périnée ; il faudrait, pour que la chose fût possible, que la tête et la partie supérieure du tronc du fœtus vinssent s'engager ensemble dans l'excavation, ce qui, dans les conditions normales, est impossible.





Anomalies dans le mécanisme de l'accouchement par la face.



Ces anomalies peuvent exister à tous les temps de l'accouchement ; nous en ferons mention simplement.

1° AMOINDRISSEMENT.

Que la déflexion soit insuffisante, et une présentation du front remplace celle de la face.

2° DESCENTE OU ENGAGEMENT.

Plus la déflexion est marquée, plus la descente est rapide. Les primipares sont plus lentes à accoucher que les multipares. C'est un phénomène qui est commun à toutes les présentations.

3° ROTATION INTERNE DE LA FACE.

Il est, nous l'avons vu, de toute nécessité que le menton tourne en avant ; car s'il se tourne en arrière,

on a une présentation de la face en mento-sacrée, et on sait que l'accouchement en mento-sacrée est normalement impossible en pratique; donc, le 4^e, le 5^e, le 6^e ne peuvent s'exécuter. Il faut donc absolument ramener le menton en avant, et nous voici, par cela même, amenés à parler de la conduite à tenir dans les accouchements par la face en postérieure.

De la conduite à tenir dans les présentations de la face en mento-postérieure et mento-transversale.

« J'affirme, dit M^{me} Lachapelle, dans son III^e Mémoire, que de deux sujets d'égale force et offrant la même liberté des passages, enfin dans des circonstances semblables, celui dont l'enfant offrira la face, accouchera au moins aussi facilement que celui dont l'enfant offrira le vertex. Il faut bien qu'il en soit ainsi, puisque la plupart des accouchements spontanés par la face, dont j'ai été témoin, étaient premiers accouchements. Dans mon tableau, vous verrez sur 72 positions de la face, 41 accouchements spontanés, le reste a été terminé par l'art. »

Nous pouvons voir, d'après cette citation, que plus de la moitié des accouchements par la face ont lieu spontanément; nous savons que l'expulsion, dans ces cas, est toujours plus lente à se produire, comme pour les occipito-postérieures, parce que le troisième temps, celui de la rotation interne de la tête, est le plus lent, parce que le chemin à parcourir par la tête est plus

considérable aussi dans les postérieures que dans les antérieures ; en effet, dans le premier cas, ce sont les trois quarts d'une demi-circonférence, tandis que dans le deuxième cas, c'est un quart de la demi-circonférence droite ou gauche du bassin que la tête doit suivre.

Tant que les contractions utérines sont rapprochées l'une de l'autre et efficaces (ce dont on peut se rendre compte par un toucher attentif, parce qu'alors on suit la descente et la rotation de la tête), tant que la mère ne s'épuise pas, enfin, tant que les battements du cœur du fœtus sont bons, réguliers en intensité, qualité et quantité, et si surtout la femme est multipare, la règle est de s'abstenir. Outre l'observation de Mauriceau, que nous avons relatée au début de notre travail, nous allons citer à l'appui de notre dire quelques observations recueillies dans le service de M. Budin, à l'hôpital de la Charité. Nous avons choisi de préférence les cas de présentation de la face en M. I. Post. pour qu'on puisse plus facilement comparer avec les cas où on a été obligé d'intervenir par des applications de forceps.



OBSERVATION I

*Présentation de la face en M. I. D. P., chez une primipare.
Accouchement spontané.*

(Observation prise par M. Paillote, élève du service de
M. Budin, hôpital de la Charité).

La nommée Françoise B..., âgée de 24 ans, journalière, est
entrée le 15 mai 1888, salle 1, lit n° 7.

Antécédents héréditaires peu instructifs.

Elle ignore à quel âge elle a marché.

Bien portante jusqu'à l'âge de 21 ans, elle a été atteinte à
cette époque d'une fièvre scarlatine à forme grave. Depuis ce
temps sa santé est moins bonne, il y a un an et demi, c'est-à-
dire vers le mois de février 1887, elle subissait une attaque de
rhumatisme articulaire aigu qui la forçait à garder le lit pen-
dant 6 semaines. Depuis ce moment elle se fatigue très facile-
ment, s'essouffle rapidement, remarque de l'œdème des pau-
pières et des jambes, œdème qui s'est exagéré pendant sa
grossesse. On trouve actuellement un souffle léger et doux à
la base du cœur au premier temps.

Elle a été réglée à l'âge de 15 ans, d'une façon régulière,
7 ou 8 jours toutes les quatre semaines.

Les menstrues sont apparues pour la dernière fois le
15 août 1887. Au bout d'un mois et demi surviennent des nau-
sées fréquentes se terminant souvent par des vomissements.
Cet état a duré jusqu'à ces jours derniers. Elle continuait

son travail, mais éprouvait tous les soirs une grande fatigue avec pesanteur dans les reins et douleurs dans le ventre. Elle avoue avoir porté son corset le plus serré possible essayant ainsi de masquer sa grossesse.

Le 15 mai 1888. — Elle ressentait depuis 8 jours des douleurs un peu plus accentuées lorsqu'elle se décide à se présenter à la consultation.

Au palper, on trouvait le dos à gauche, la tête élevée ; en bas, toujours à gauche, un sillon très bien marqué, séparant la tête du dos et donnant la sensation classique du coup de hache à droite plus difficilement, on arrivait à sentir profondément le maxillaire donnant l'impression du fer à cheval. Par le toucher, on arrivait à travers un col très perméable sur une poche des eaux plissée donnant la sensation d'ansé du cordon. En un instant on sent nettement à gauche et en haut une partie fœtale dure qui ne peut être que la tête. Ce n'est qu'en dépliant les membranes que l'on arrive à reconstituer les détails de la face. Les jambes étaient œdématiées. L'examen des urines ne révèle aucune trace d'albumine.

Diamètre promonto-sous pubien : 11 centimètres.

Diagnostic. — Présentation de la face en M. I. D. P. en imminence de travail, et l'on reçut la femme en gynécologie.

La nuit fut assez tranquille jusqu'à 4 heures du matin 16 mai 1888, où tout à coup elle se sentit mouillée, c'était la poche des eaux qui se rompait. Dès ce moment, les douleurs deviennent plus vives et plus fréquentes.

A 8 heures du matin, moment où elle passe à la salle d'accouchement, le palper donne les mêmes impressions que la veille au soir. Les bruits du cœur s'entendaient nets à droite sur un point situé en avant et en bas de la ligne ilio-ombilicale. On les entend d'ailleurs parfaitement sur un point symétrique placé du côté gauche.

L'utérus ne nous semble pas dévié latéralement et n'affecte pas la forme du ventre dit en besace. Au toucher nous trouvons un col dilaté de près de 4 centimètres une partie fœtale élevée. Les impressions tactiles sont, à ce moment, d'une netteté remarquable. Directement, presque au centre du col dilaté, se trouve le nez présentant en avant les narines tournées à droite et en arrière. Toujours à droite et en arrière le doigt pénètre dans la bouche, on sent très nettement l'arrête courbe du maxillaire inférieur, et M. Laur a le doigt sucé par l'enfant. Nous ne parvenons point au menton. A gauche et en avant, on arrivait sur les yeux placés au fond d'un sillon transversal de la face. La peau du front est ramenée en bas formant un bourrelet au niveau des arcades sourcilières en passant par la racine du nez. L'enfant semble froncer les sourcils.

A 18 heures. La dilatation est complète. La position reste la même, mais la face est tuméfiée et les différents organes du visage sont plus difficiles à reconnaître.

Pendant l'heure qui suit, la face a tendance à tourner ; à un moment, elle se place en position M. I. D. T., mais un instant après elle reprend sa position primitive.

11 h. 20. La tête s'engage après une rotation lente et vient prendre la position M. I. D. A.

11 h. 30. Nous assistons à la rupture de l'orifice vaginal. Une petite quantité de sang s'écoule. Les contractions utérines deviennent plus fréquentes plus fortes et la face apparaît à la vulve.

11 h. 50. En écartant les lèvres on aperçoit la bouche dans le diamètre oblique, suivant une ligne allant de l'éminence iléo-pectinée gauche à l'épine sciatique droite. Les lèvres, les joues sont boursoufflées et bleuâtres. Au toucher on sent le sillon frontal dont il a été parlé plus haut, encore exagéré. Le nez retroussé est presque en contact avec le bourrelet frontal

et l'ouverture des narines à peu près perpendiculaire au plan de la face au point qu'il serait fort difficile de faire le diagnostic à ce moment de la direction avec ce seul signe.

Enfin, à 12 h. 05, une dernière contraction amène péniblement le menton au niveau du bord droit du pubis, et c'est à ce moment seulement que la rotation se termine; le menton glisse sous le ligament triangulaire et sort du bassin. Sous l'impulsion de la tête, le périnée bombe fortement. Tout en empêchant sa sortie trop rapide nous la fléchissons en appuyant sur l'occipital et repoussons le périnée en arrière. Alors, facilement le nez, le front, le vertex et l'occiput se dégagent.

La tête exécute un mouvement de rotation qui porte le menton sur la cuisse droite.

Passant le doigt autour du cou, nous sentons un circulaire du cordon, nous ne réussissons pas à le faire passer par dessus la tête, mais le tirons suffisamment pour le faire glisser autour des épaules.

L'épaule antérieure est dégagée la première, puis la postérieure. Un des bras est fléchi. Le corps vient par des mouvements de latéralité. L'enfant respire difficilement et ne crie pas. Les voies respiratoires semblent obstruées par des muco-sités. Mais après quelques soins (passage de barbes de plumes dans le nez et la gorge) et frictions, il respire d'une façon satisfaisante.

Sitôt après l'expulsion, une certaine quantité de liquide amniotique mélangé à du méconium, s'échappe par la vulve.

Poids de l'enfant.....	3.100 grammes
— du placenta.....	510 —
Longueur totale de l'enfant..	51 centimètres
Sacrum à l'occiput.....	27 —
Longueur du cordon.....	76 —

La face de l'enfant est tuméfiée, parsemée de phlyctènes, dont

une très large sur la joue droite. Sur les paupières, un chapelet de petites phlyctènes imitent des vésicules d'herpès.

La tête de l'enfant est aplatie sur son sommet, oblongue. La partie postérieure au niveau des pariétaux est renflée. Les diamètres OM et OF sont égaux. On pourrait donc en passant par les trois points menton, front, occiput, inscrire un triangle isocèle. La tête est relativement peu défléchie et ne pend pas comme d'habitude sur le dos.

OBSERVATION II

Présentation de la face en M. I. G. T. transformée en M. I. G. P. Accouchement spontané. (Obs. prise par M. Pignolet, élève du service de M. Budin.

La nommée X... entre le 3 mars 1894 à la salle d'accouchements. Elle est âgée de 21 ans et jouit d'une bonne constitution.

Les antécédents héréditaires et personnels sont excellents. Elle est à sa première grossesse.

Ses dernières règles remontent au 10 juin 1893 ; l'époque présumée de la grossesse date donc de huit mois.

Rien de particulier à signaler durant sa gestation.

A l'examen de la parturiente, on ne voit rien du côté de la circulation ni du côté de l'appareil urinaire.

Palper. — La paroi abdominale est peu épaisse et peu tendue. Le fond de l'utérus remonte à huit travers de doigts à peu près au dessus de l'ombilic. Les doigts plongent au niveau du détroit supérieur et rencontrent à droite, au niveau de la surface pectinée, une tumeur fortement convexe, lisse, arrondie, dure et paraissant n'occuper qu'un côté du petit

bassin, car, de l'autre côté, à gauche, les mains ne sentent rien.

Au fond de l'utérus, on trouve une masse présentant le caractère de l'extrémité pelvienne, c'est-à-dire une tumeur volumineuse, peu résistante, inégale, accompagnée du côté gauche des petits membres inférieurs. Le pôle pelvien et le pôle céphalique une fois reconnus, nous avons pu limiter, en allant de haut en bas, le plan postérieur du fœtus. Mais en nous rapprochant du pôle céphalique, nous n'avons pas tardé à perdre peu à peu la sensation de résistance qu'offrait ce plan postérieur sous la main exploratrice. Cette surface résistante et continue semblait s'enfoncer pour ainsi dire dans la cavité abdominale. Entre le point où le dos du fœtus devenait fuyant, et la tumeur globuleuse que nous avions limitée à droite, et que nous avions reconnue être la tête, existait une encoche, véritable angle rentrant dont l'exploration faisait soupçonner la présence d'une certaine quantité de liquide amniotique. Nous avons donc bien là le coup de hache des présentations de la face.

Auscultation. — Donne le maximum des battements fœtaux à droite.

Toucher. — On voit que le vagin ne présente pas son état de mollesse habituelle. On explore le pourtour du bassin et on ne note rien d'anormal, l'index cherchant à atteindre le promontoire, n'y parvient pas.

L'orifice utérin mesure une dilatation de trois travers de doigt environ. On arrive sur une poche des eaux assez volumineuse, qui bombe pendant les contractions utérines. On sent qu'il existe une espace assez notable entre la partie fœtale qui se présente et la partie la plus saillante et la plus inférieure des membranes. L'index explorateur, porté à la rencontre de la partie fœtale qui se présente, trouve en situation assez

élevée, et dans la diamètre transverse, la suture frontale. En suivant cette suture à droite, on arrive sur la fontanelle antérieure, qui est un peu en haut et à droite ; à l'autre extrémité de la suture frontale, on arrive sur la dépression de la racine du nez, de chaque côté de laquelle on reconnaît l'arcade sourcillière.

En suivant la racine du nez, on arrive sur l'ouverture des narines qui regarde à gauche et en transverse et dont la disposition en canon de fusil est caractéristique. Comme conclusion de l'examen précédent, on porte le diagnostic de présentation de la face en position gauche, variété transverse M. I. G. T.

Nous répétons notre examen à plusieurs reprises. Le toucher nous apprend que la dilatation va toujours s'accroissant ; elle atteint, à une heure de l'après-midi, la grandeur d'une petite paume de main. Cette dilatation n'a été complète qu'à 3 heures 1/4. Nous procédons à la rupture artificielle de la poche des eaux avec toutes les précautions d'usage. Le liquide amniotique qui s'écoule est assez abondant et d'aspect normal. Le toucher pratiqué à ce moment, en suivant la suture frontale, nous indique que la déflexion s'est accentuée. En même temps, nous constatons que la partie fœtale n'occupe pas une position aussi élevée que lors de notre premier examen et est en M. P. La descente dans l'excavation semble donc s'opérer.

Un nouveau toucher à 3 h. 25 montre que la partie fœtale est toujours en M. I. G. P.

Pareillement, nous avons pu suivre la marche de droite à gauche du plan résistant du fœtus. La connexité de l'occiput a semblé aussi devenir saillante. Les bruits du cœur fœtal n'ont plus le même foyer au niveau de l'ombilic et un peu à droite. Ils ont leur maximum à gauche et au moins à 2 centimètres de l'ombilic. Devant cette perversion du mécanisme qui a dirigé

Le menton en arrière, et en présence d'une impossibilité de l'accouchement, on se demande si on ne ferait pas bien de faire prévenir M. Budin, mais on juge bon de temporiser encore. Les contractions utérines se maintiennent toujours énergiques.

Vers 4 heures 10, quelques contractions très violentes se répètent coup sur coup. On pratique le toucher et on est très étonné de trouver le menton sous la symphyse pubienne. On introduit le doigt dans la bouche; le mouvement de succion est caractéristique, l'ouverture des narines se trouve en bas et en avant. Une fois le menton dégagé sous la symphyse pubienne, il a fallu attendre que la tête ait fait subir au périnée une distension énorme pour voir apparaître successivement le nez, le front, le bregma, les pariétaux, et enfin l'occiput. Pendant cette période d'expulsion, nous avons notre main gauche empaumant successivement la face au niveau des apophyses malaires et du front pour modérer la sortie de la tête. Notre main droite soutenait le périnée pour prévenir toute déchirure. Une fois la tête dégagée par un mouvement de déflexion fait autour du sillon mento-cervical, comme charnière, elle est retombée en arrière, l'occiput se dirigeant vers l'anus. Après un instant, le menton tourne à gauche. Une légère traction engage l'épaule antérieure. L'extrémité antérieure du diamètre bisacromial se dégage la première, puis l'extrémité postérieure de ce même diamètre. L'expulsion du tronc se fait sans difficulté. L'enfant est du sexe masculin, son état physique est excellent. Il pèse 2.900 grammes.

OBSERVATION III

Présentation de la face en M. I. D. P.; Accouchement spontané.

La nommée B..., entre dans le service de M. Budin, le 11 juillet 1889. Elle est âgée de 19 ans. Primipare. A marché à 9 mois.

Ses antécédents héréditaires sont bons; elle même jouit d'une excellente santé.

Elle a eu ses dernières règles le 10 octobre 1888.

A l'examen de la parturiente, le ventre est bien développé et paraît indiquer une grossesse, terme.

Au palper, nous trouvons, au niveau du détroit supérieur et déjà un peu engagée, une extrémité foetale, faisant à gauche une saillie dure et arrondie, au dessus de cette saillie une dépression. Le siège est en haut et le dos difficilement accessible.

Les bruits du cœur s'entendent au niveau et à 4 centimètres à droite de l'ombilic.

Au toucher, le col est effacé. Nous arrivons sur les membranes et à travers elles, sur une saillie angulaire offrant une consistance dure que l'on reconnaît facilement pour être le nez. En suivant à gauche de la femme cette tubérosité, on arrive sur une surface dure, arrondie et régulière, qui est le front. De chaque côté et au dessus du nez, les cavités orbitaires. Le nez est dans la direction du diamètre oblique gauche. Nous cherchons du côté opposé, mais nous ne pouvons arriver jusqu'à la bouche.

Nous sommes donc en présence d'une présentation de la face en M. I. D. P., plutôt secondaire, puisque la parturiente a

déjà eu quelques douleurs. On amène la malade dans la salle d'accouchement.

Mais les douleurs sont assez rares et surtout peu violentes.

Le travail se fait très lentement et la dilatation ne fait pour ainsi dire aucun progrès dans la journée du 20 juillet ; à partir de minuit, la dilatation augmente lentement toujours, mais d'une façon régulière.

Le 21, à 4 heures et demi du matin, la dilatation est d'environ 4 centimètres. La tête paraît plus engagée, le menton est plus en arrière.

A 6 heures, la dilatation est d'environ 6 centimètres. Cette fois, le nez est revenu dans le diamètre transverse. La malade a des douleurs qui reviennent toutes les cinq minutes environ.

A 7 heures, la poche des eaux est saillante et rend l'examen plus difficile.

A 8 heures, il ne reste plus qu'un petit bourrelet ; à 9 heures elle est complète.

A 9 h. 45 on rompt la poche des eaux. Le liquide qui s'écoule est un peu verdâtre. L'enfant a rendu un peu de méconium.

Les bruits du cœur sont bons.

A ce moment, on sent davantage le front, et nous arrivons facilement jusqu'à la fontanelle antérieure à gauche et en avant. On n'arrive plus sur le menton, on ne sent plus que le rebord alvéolaire supérieur.

En même temps que la tête descend, elle se fléchit donc quelque peu et, nous sommes en présence de la variété frontale.

A 10 heures, la tête appuie sur le périnée ; la malade commence à pousser. Les douleurs se ralentissent.

A 10 h. 1/2, au toucher, les deux joues sont tuméfiées, et entre elles, on sent un sillon ressemblant assez au sillon interfes-

sier, mais on arrive toujours facilement sur le nez qui est toujours dans le diamètre oblique gauche. Le front est toujours accessible sur une assez grande étendue.

A 10 h. 40, la tête commence à distendre la vulve pendant les contractions utérines. C'est la bouche qui apparaît, les lèvres dirigées dans le diamètre antéro-postérieur et parallèlement aux lèvres de la vulve.

A chaque contraction, on voit apparaître la bouche qui s'avance de plus en plus, et qui en même temps qu'elle progresse accomplit sa rotation.

A 10 h. 55, on sent le menton en haut et à droite.

A 11 h. la rotation est complète.

A 11 h. 10, le menton se place sous le pubis, mais il rentre aussitôt.

A 11 h. 15, il se dégage définitivement, puis la tête se fléchit lentement, après que la face est restée un certain temps encadrée par l'orifice vulvaire.

A 11 h. 25, elle se dégage par ses diamètres trachélo-bregmatique, et trachélo-occipital. On attend quelque temps que la tête tourne, puis on fait une légère traction. Le tronc n'a pas tourné, le dos est en arrière, et les bras derrière le dos.

L'enfant bien constitué crie aussitôt sa naissance. Il pèse 3.920 grammes.

Le périnée est intact.

Il y a une éraillure de chaque côté, à la face interne des petites lèvres.

Délivrance naturelle à 11 h. 50.

Membranes complètes.

Le 22, la malade va bien.

Tous les livres classiques racontent des cas où dans des M.I. postérieures, il y a eu transformation de la

face en sommet, mais, outre que ces faits sont absolument exceptionnels, il faut, ou une tête extrêmement petite dans un bassin large, et alors la tête peut sortir dans n'importe quelle situation, ou bien il faut que le menton, poussé par des contractions utérines, se loge dans la grande échancrure sciatique qu'il déprime et dont il repousse les tissus mous, se creusant ainsi une loge dans la partie postérieure du périnée. Sinon, la chose est impossible, parce qu'une tête normale mesurant dans son grand diamètre 13,5 ne peut basculer dans un bassin dont les plus grands diamètres n'atteignent que 12 centimètres.

Mais quand donc la nature a-t-elle besoin d'être aidée ? à quel moment précis convient-il d'intervenir ? La réponse est évidemment laissée à la sagacité, à l'initiative de l'accoucheur. Quand on a reconnu un M. I. P., il faut ne pas abandonner un seul instant la femme à elle-même, faire préparer tous les instruments nécessaires à une intervention, les flamber, veiller à ce que les liquides antiseptiques soient à portée de la main, ausculter souvent le cœur du fœtus ; et si on reconnaît que l'enfant souffre, ou que la mère s'épuise en vains efforts, il faut intervenir et intervenir immédiatement. Le moindre retard pouvant être préjudiciable et à la mère et à l'enfant. En effet, si on laisse la face ainsi tournée, le menton en arrière, dans l'excavation pendant plusieurs heures, il y a du danger pour la mère dont les tissus sont menacés de se sphacéler, par suite de la compression exagérée et continue.

L'intervention est décidée ; à quel procédé aurons-

nous recours de préférence? Il y en a plusieurs, parmi lesquels les plus importants sont la version et le forceps.

Beaude locque et certains auteurs, tels que M. le professeur Tarnier, conseillent, avant tout, d'essayer la flexion de la tête en mettant un doigt dans le vagin, tandis qu'avec l'autre main laissée sur l'abdomen, on appuie sur l'occiput pour aider à sa descente.

Schatz soulève les épaules pendant qu'un aide fléchit l'occiput. M. Bureau conseille « d'introduire la main « derrière et au dessus de l'occiput et de l'abaisser « fortement ». A tous ces moyens dont nous sommes loin de contester la valeur, nous préférons d'emblée la version par manœuvres internes. En voici la raison : Pour que l'une de ces manœuvres réussisse, il faut que la tête soit suffisamment mobile et que son engagement soit peu marqué. Mais alors, dans de pareilles conditions, la version aussi est possible; puisqu'on peut refouler la tête et aller chercher un pied. Nous concluons donc que c'est à la version qu'il faut avoir recours toutes les fois qu'elle est possible. Les conditions de réussite pour la version sont les mêmes, quels que soient les cas où on l'emploie. Il existe quatre conditions nécessaires sur lesquelles nous ne jugeons pas à propos d'insister, parce qu'elles se comprennent d'elles-mêmes :

1^o Il ne faut pas de disproportion sensible entre le bassin considéré dans ses diamètres et le volume du fœtus (sauf pour les bassins de Nœgelé).

2^o L'orifice utérin doit être dilaté ou dilatable,

point sur lequel M. le professeur Tarnier a beaucoup insisté.

3° La tête ne doit être que peu ou pas engagée dans l'excavation.

4° L'utérus ne doit pas être vide de liquide amniotique, en d'autres termes il ne faut pas qu'il se soit écoulé un temps trop long entre le moment où la poche des eaux s'est rompue ou a été rompue artificiellement, et celui où on intervient, car l'utérus se rétractant fortement sur le corps du fœtus, empêche toute évolution du fœtus dans son intérieur, sous peine de rupture, c'est-à-dire d'une très grave complication. Le même fait peut se produire, si ce qu'on voit malheureusement trop souvent encore, on a donné intempestivement du seigle ergoté à la femme. Il faut alors avoir recours à l'embryotomie ou à la basiotripsie.

En résumé nous pensons qu'il ne faut pas compter sur les transformations en sommet des présentations de la face, et ne pas chercher soi-même non plus à les transformer.

Il y a encore un procédé qui réussit souvent dans les postérieures et qui consiste à faire exécuter à la tête son mouvement de rotation au moyen d'un doigt introduit dans l'intérieur de l'utérus. Ce doigt, l'index gauche pour les positions droites, l'index droit pour les positions gauches, est poussé jusque derrière le menton et prenant point d'appui sur le côté du maxillaire inférieur, au moment d'une contraction utérine, il aidera à la rotation interne. Souvent on a vu des faces qui étaient restées longtemps en arrière en posté-

rieure, venir sous cette impulsion se placer sous la symphyse des pubis, c'est le procédé qu'emploie avec succès M. le professeur Tarnier. L'accouchement à partir de ce moment est à moitié fait; il n'y a plus qu'à surveiller le périnée au moment des contractions pour l'empêcher de se déchirer en retenant la sortie trop impétueuse de la tête en aidant au besoin à sa flexion.

« Quand le bregma apparaît à la commissure postérieure de la vulve, il faut tout arrêter, en ordonnant à la mère de ne plus pousser. En même temps, l'accoucheur faisant face à la vulve, le coude appuyé sur le lit, abaisse le pouce sur le bregma en employant la force nécessaire pour empêcher les bosses pariétales de passer jusqu'à ce que de l'autre main il les ait dégagées petit à petit en rétropulsant les parties latérales et inférieures de la vulve. » (Varnier).

Supposons que la version ne soit pas possible ; on a tenté aussi d'opérer la rotation de la tête mais sans succès ; l'enfant souffre, que faire ? C'est le moment d'intervenir à l'aide du forceps.

Il est un précepte dont on ne doit jamais se départir, et que M. le professeur Depaul, dans ses leçons cliniques, a bien mis en relief :

« Il faut opérer avec le plan bien arrêté de ramener
« le menton en avant avec le forceps, sous peine de
« s'engager dans des difficultés insurmontables. J'ai
« vu nombre de ces cas de présentation de la face en
« mento-postérieure dans lesquels on avait appliqué
« le forceps et fait les tractions les plus énergiques
« sans rien obtenir, quoique le bassin fût bien con-
« formé et l'orifice complètement dilaté ; tandis qu'au
« contraire si l'on ramène le menton en avant, en exé-
« cutant avec l'instrument le mouvement de rotation
« qui ne s'est pas produit, on fait disparaître toutes
« les conditions défavorables, et quoique cette opéra-
« tion ne soit pas toujours aussi facile à réussir que
« dans les présentations du sommet, on termine habi-
« tuellement avec une assez grande facilité des accou-
« chements pour lesquels des médecins peu expéri-
« mentés avaient employé plusieurs heures d'efforts
« énergiques et souvent très nuisibles. »

Le forceps est un instrument aussi utile quand il est employé par des mains instruites que nuisible quand il est confié à des opérateurs inhabiles et inexpérimentés.

Des tractions mal dirigées ne servent qu'à enclaver

la tête, à rendre des applications ultérieures bien faites plus difficiles, et à occasionner, tant sur les organes de la mère que sur ceux de l'enfant, des désordres graves qui peuvent entraîner la mort des deux. Nous rapporterons plus loin une observation très caractéristique à ce point de vue et qui est un type en son genre. Le forceps demande donc, dans les faces en postérieure, à être manié par un opérateur habile, car encore une fois, et nous ne saurions trop le répéter, les applications sur la face sont très difficiles, d'autant plus difficiles que la tête est plus engagée. Comment faut-il placer les cuillers ?

Il est bien entendu que nous supposons toujours une tête en postérieure ou transversale mobile au détroit supérieur, ou faiblement engagée. M. Budin conseille en pareils cas, de faire deux applications de forceps successives. Voici pourquoi, il est extrêmement difficile de faire une bonne prise sur une présentation de la face, alors que le menton est en arrière, regardant l'une ou l'autre des symphyses sacrō-iliaques. Si on applique les cuillers suivant les règles classiques, c'est-à-dire, en supposant que nous sommes en présence d'une M. I. D. P. cuiller gauche, la première à gauche et en arrière par exemple, la cuiller droite, la deuxième à droite et en avant, le bec des cuillers est conduit dans la direction de l'occiput jusque sur les oreilles, voire même sur les apophyses mastoïdes, et si on tire alors, on arrive à produire une flexion de la tête ; on abaisse l'occiput, et on tend à substituer à un diamètre favorable, un qui ne l'est pas, à substituer au diamètre S. M. B., un diamètre mento-

rétro-bregmatique La filière pelvienne n'accepte pas ce changement de diamètre ; il n'y a plus proportion entre les diamètres de la tête fœtale et ceux du bassin. Les tractions continuant, ne servent qu'à enclaver la tête de plus en plus. Que faire alors ? M. Budin après avoir fait cette application telle que nous venons de la décrire, ne tire pas sur les manches, il leur fait opérer un mouvement de rotation qui a pour but de ramener en avant le menton, sous la symphyse pubienne. Ce résultat obtenu, il désarticule l'instrument et refait une nouvelle application de forceps qui sera bonne cette fois, la concavité des cuillers s'appliquant devant les oreilles, sur l'angle du maxillaire ou du moins suivant un diamètre qui leur est parallèle. Les tractions seront alors efficaces, car elles auront pour résultat d'exagérer la déflexion, de mettre les plus grands diamètres de la tête dans les plus grands du bassin. Il ne reste plus alors qu'à tirer directement en bas, au moment des contractions, de préférence, puis de relever progressivement les manches du forceps jusque sur le ventre de la mère comme il est indiqué dans les présentations du sommet, les manches du forceps servent d'aiguille indicatrice au tracteur.

Si on ne désarticulait pas le forceps pour faire cette seconde application, l'instrument se trouverait placé à l'envers et outre la mauvaise prise obtenue, on aurait à redouter des lésions importantes sur les parois de la filière pelvienne.

Comme on peut le voir, le forceps, suivant qu'il est

bien ou mal appliqué, est un puissant agent de flexion ou de déflexion.

Les auteurs, en présence des difficultés considérables que l'opérateur rencontre dans ces applications, se sont préoccupés de savoir si on ne pourrait pas obvier à la difficulté en plaçant les cuillers du forceps autrement.

M. Loviot a démontré que trop souvent l'accoucheur, par l'introduction de sa main et de la cuiller transformait une postérieure en variété transverse. Cette application classique, dit M. Loviot dans les *Annales de gynécologie* pour 1884, « repose sur la constatation
« de faits qui sont instables, n'ont pas une rigueur ma-
« thématique et peuvent laisser des doutes dans l'esprit
« de l'observateur et le rendre hésitant. Est-ce bien
« à une variété postérieure ou transverse qu'il a af-
« faire ? Le menton regarde-t-il la symphyse sacro-iliaque
« commence-t-il déjà à tourner en avant ? Grave ques-
« tion, car dans le premier cas, il faudra commencer
« par une branche, dans le second par un autre. »

Aussi, propose-t-il de placer toujours dans les positions décrites, la cuillère droite la première en regard de la symphyse sacro-iliaque droite ; dans les positions gauches, la cuillère gauche la première en regard de la symphyse sacro-iliaque gauche, quelle que soit la variété à laquelle on a affaire.

« Cette règle unifiée, repose sur la transformation
« des variétés postérieures en variétés antérieures,
« activement d'abord avec la main profondément
« introduite, passivement ensuite avec la cuiller. »

(Loviot). Il ne reste plus à agir alors que dans comme les antérieures spontanées, M. Loviot conseille d'essayer cette manœuvre, non seulement dans l'excavation mais aussi au détroit supérieur. Sa manière de procéder est la suivante : il enfonce les doigts de la main gauche moins le pouce dans l'intérieur de la cavité utérine en suivant la concavité du sacrum ; une fois qu'elle a pénétré aussi profondément que possible, on l'incline soit à droite, soit à gauche suivant la position pour déloger le menton, et on insinue la cuiller entre la main et la région de la face en contact avec elle, la convexité de la cuiller venant se loger dans le creux formé par la réunion des doigts comme dans un véritable nid. Nous avons plusieurs fois, avec M. Brindaut, interne du service, essayé cette méthode sur le mannequin, et nous avons été frappé de la facilité relative avec laquelle on opérât.

Le grand avantage est celui d'avoir une prise qui favorise la déflexion, car le bec des cuillers s'applique en avant des oreilles, parallèlement à l'angle de la mâchoire. De plus, on n'a pas besoin de faire une nouvelle application de forceps, ce dernier se trouvant bien placé, c'est-à-dire la concavité des cuillers regardant vers l'arcade pubienne, quand le menton a été ramené en avant. La comparaison des deux méthodes a été faite par nous, et il est certain qu'elles sont également bonnes toutes les deux. L'opérateur a donc le choix ; toutefois, nous pensons que, dans un cas pressé, il serait préférable d'avoir recours au procédé de M. Loviot. La rapidité d'exécution est plus grande

avec sa méthode, puis qu'il n'y a qu'une seule application de forceps au lieu de deux :

« Il pourrait arriver que dans un bassin rétréci, on ne puisse convertir la variété postérieure en antérieure, mais seulement en transverse ; l'application bien qu'irrégulière n'en pourra pas moins être faite avec succès. » (Loviot, *Ann. gynécologie* 1884).

Nous avons cité plus haut des observations de cas où, la face étant dirigée le menton en arrière, l'accouchement avait lieu spontanément comme la plupart du temps. Voici maintenant d'autres observations où on a été obligé de recourir au forceps, le menton restant en arrière.

OBSERVATION IV

A propos d'un cas de présentation de la face en M. I. D. P.

Communication de M. le docteur Budin.

(Société obstétricale et gynécologique de Paris, 1893)

Chez une dame secondipare, arrivée au terme de sa grossesse, l'enfant se présentait par la face en M. I. D. P. La tête ne descendait pas, malgré les contractions utérines énergiques une application de forceps avait été faite et des tractions puissantes avaient été exercées. Ce n'est qu'après 2 heures 1/2 ou 3 heures de tentatives qu'on parvint à terminer l'accouchement ; la face s'était dégagée en monto sacrée et l'enfant était venu mort. L'antisepsie ayant été faite très sévèrement, les suites de couches n'étaient pas trop graves, mais

il existait une destruction du bas-fond de la vessie et une large fistule vésico vaginale. Les confrères qui avaient opéré ne se rendaient pas bien compte des difficultés qu'ils avaient rencontrées, et ils se demandaient pourquoi ils n'avaient pas pu imprimer à la tête un mouvement de rotation qui eût ramené le menton en avant. Dans ces cas de M. I. D. P., lorsque les cuillers du forceps sont placées (application oblique), les premières tractions qui sont exercées tendent en général, si on n'y prend garde, à déterminer la flexion de la tête au lieu d'exagérer la déflexion. La courbure pelvienne des cuillers fait que leur extrémité se trouve portée en avant et à gauche ; si donc, on tire sur les manches de l'instrument, en les reportant en arrière, c'est principalement au niveau de l'occiput que la traction s'exerce. On abaisse ainsi ce dernier, on enclave la tête et, lorsqu'on veut ensuite lui imprimer un mouvement de rotation pour ramener le menton en avant, on échoue totalement.

Deux fois, pour notre part, nous nous sommes trouvé en présence de faits analogues. Dans le premier cas, il s'agissait d'une primipare âgée ; l'enfant était volumineux ; il se présentait par la face en M. I. D. P., et l'accouchement ne se terminait pas. L'instrument ayant été appliqué, je commençai par ramener le menton en avant, puis j'enlevai les branches et fis une nouvelle application directe. Dans cette dernière situation, l'extrémité des cuillers tendit, au moment des tractions, à abaisser le menton et la déflexion de la tête fut complétée. Le maxillaire inférieur descendit sous la symphyse pubienne et l'extraction fut faite sans difficulté.

Dans un second cas, j'opérai de la même manière, mais le tronc n'avait sans doute point suivi le mouvement de rotation de la tête, car à peine avais-je retiré les cuillers, que le menton retourna en arrière. Les parois de l'utérus étant très souples dans l'intervalle des contractions, je pratiquai la version podalique par manœuvres internes, et j'amenai un enfant vivant.

Il importe donc, dans les mento-postérieures, de se rappeler ce qui a été dit par M. Tannier en 1882 (1), relativement aux applications de forceps dans les occipito-postérieures. En effet, dans les positions postérieures du sommet, étant donnée la courbure céphalique, au lieu de tendre à abaisser l'occiput, ce qui serait désirable, on abaisse au contraire le front, on défléchit et on enlave la tête. De même étant donnée la courbure céphalique, dans les positions postérieures de la face, on tend avec l'extrémité du forceps à abaisser l'occiput au lieu du menton, on enlave donc encore l'extrémité céphalique.

OBSERVATION V

Multipare à terme. Face en M. I. D. P. Forceps. Tentatives d'extractions faites en ville. (Observation de M. X..., élève du service de M. Budin.)

La parturiente est une femme de 42 ans. On l'apporte sur un brancard, le 5 juillet 18.., à 7 heures 15 du soir.

(1) *Annales de gynécologie*, 1882, p. 401; *Considérations sur le forceps*.

On ne relève dans ses antécédents héréditaires qu'une sœur qui a eu une grossesse gémellaire.

Rien de particulier à noter dans ses antécédents personnels. Elle ne sait à quel âge elle a marché. Premières règles à 17 ans. Ses quatre grossesses précédentes ont été normales.

Nous arrivons maintenant à la grossesse actuelle.

La femme ne se souvient pas de l'époque des dernières règles ; mais elle affirme avoir senti remuer le 27 janvier. Sa santé n'a été troublée ni par aucun malaise, ni par aucun accident.

Les premières douleurs ont apparu le 5 juillet à 2 heures du matin. La poche des eaux a été rompue à 2 heures de l'après-midi par la sage-femme. Voyant que l'accouchement ne se faisait pas, la sage-femme a réclamé à l'aide d'un médecin. La malade ne peut donner que des indications fort vagues sur la conduite tenue par ce dernier.

Elle dit qu'il a introduit deux fois le bras dans l'utérus et qu'il a appliqué le forceps, mais elle n'est pas très affirmative sur ce dernier point.

C'est à 4 h. 3/4, après la rupture des membranes, qu'on décide de la transporter à l'hôpital, où à son arrivée elle est très agitée et paraît horriblement fatiguée par les douleurs.

En l'examinant à 7 h. 1/2, on trouve une dilatation de 5 centimètres environ, un œdème de la lèvre antérieure du col. Au centre, et un peu à gauche, le doigt arrive sur une partie molle et assez régulière qui occupe la moitié antérieure de l'orifice utérin. En introduisant le doigt à gauche et un peu plus en arrière, on arrive directement sur la fontanelle antérieure qui est large et très allongée dans le sens antéro-postérieur. Au-dessous, on reconnaît les arcades sourcilières (surtout la droite) et on peut suivre au dessus, un sillon où on reconnaît la présence du nez avec les narines dirigées à droite et en arrière.

Le diagnostic porté par M. Chavanne est le suivant : « pré-

sensation de la face, variété frontale. On fait à la femme des injections antiseptiques. On prévient M. Budin qui, à son arrivée, examine la parturiente; il constate un rétrécissement léger du bassin, et trouve non plus une présentation du front, mais une face se présentant franchement au détroit supérieur en M. I. D. P., assez engagée. Comme la dilatation est complète et qu'il n'y a plus de liquide amniotique dans la cavité utérine, il se décide à faire une application de forceps.

Toutes les précautions antiseptiques étant prises, la femme est endormie et placée en position obstétricale; la tête étant en M. I. D. P., une des cuillères doit être appliquée à gauche et en arrière; l'autre, à droite et en avant. M. Budin, ayant introduit la main droite dans les organes génitaux, saisit de la main gauche, la branche gauche du forceps, et, tenant d'abord le manche perpendiculaire à l'orifice vulvaire, il fait glisser la cuillère sur la main droite comme guide, et la dirige par un mouvement d'abaissement du manche, en arrière et en haut vers la symphyse sacro-iliaque gauche. La cuillère étant en place, le manche est parallèle à la cuisse gauche. Cette branche est confiée à un aide, M. Budin, après s'être relevé les mains et avoir enduit de vaseline les doigts de la main gauche introduit, cette main dans les organes génitaux de la malade; puis, saisissant de la main droite, la branche droite du forceps, il l'a fait pénétrer de la même manière que la précédente et la dirige en arrière vers la symphyse sacro-iliaque droite, puis il lui fait décrire un mouvement de spire, qui a pour but de l'amener en avant, sur la bosse pariétale antérieure. On articule et on serre modérément la vis à pression. Alors l'opérateur, imprimant au manche de l'instrument un grand mouvement de velle de gauche à droite, ramène le menton derrière la symphyse pubienne. Mais alors, la convexité des cuillers regarde en avant, et cette nouvelle situation ne permet pas à l'instrument de déflechrir suffi-

samment le menton pour le faire descendre sous l'arcade pubienne.

M. Budin désarticule alors les branches du forceps et les enlève pour faire une nouvelle application directe qui permettra d'amener le menton sous la symphyse et de dégager la tête suivant le diamètre sous-mentonnier.....

OBSERVATION VI

Multipare. Présentation de la face en M I G P. Forceps. Enfant mort. (Observation prise par M. Garnier, élève du service de M. Budin.)

La nommée X..., est entrée à la Charité le 4 juin 1894. Antécédents héréditaires et personnels sont bons. Premières règles à 15 ans. Normales en quantité et qualité. Elle a eu sa première grossesse à l'âge de 22 ans qui fut fort pénible. L'accouchement eut lieu à terme, mais l'enfant étant très gros, on fut obligé d'intervenir par une application de forceps. L'enfant fut retiré, mort. Durée du travail 25 heures.

Sa deuxième grossesse eut lieu à 24 ans.

Elle fut normale.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 14 au 16 juillet 1893. Sa grossesse a été bonne; rien de particulier à noter.

Les premières douleurs apparurent le 4 juin, à 7 heures du matin. La parturiente fut d'abord examinée par une sage-femme, puis par un médecin qui constata une présentation de la face et l'envoya immédiatement à l'Hôtel-Dieu d'où elle est adressée à la Charité. Elle entre dans le service le 4 juin à 11 h. 1/2 du soir et on l'examine aussitôt. Les douleurs sont continuelles, ce qui rend la palpation difficile; on constate seulement que l'utérus est

volumineux et remonté à l'épigastre. L'auscultation fait entendre les battements du cœur près de la ligne médiane; ils sont bons. Au toucher, on trouve que la dilatation est complète, et les membranes rompues; on arrive facilement sur une partie fœtale située au niveau du détroit supérieur et qu'on reconnaît être la face. On sent en effet au milieu de l'orifice, une masse molle, en arrière de laquelle on sent un sillon avec un petit tubercule, au sommet duquel on arrive à distinguer par un toucher attentif deux petits orifices; puis à gauche, un orifice plus considérable, la bouche dans laquelle on entre facilement le doigt, et où on reconnaît les arcades dentaires. Le fœtus déjà en ce moment fait des mouvements de succion quand on met le doigt dans la bouche. On sent facilement le menton à gauche, à droite, on arrive facilement sur le front. La tête n'est donc pas très défléchie. On fait alors le diagnostic de présentation de la face en position gauche, variété transversale.

En même temps, on remarque que la parturiente a les pieds et la partie inférieure des jambes enflés et l'examen des urines y révèle une quantité assez abondante d'albumine. Le cœur est sain.

Bien que les contractions soient violentes et répétées, et que la femme pousse énergiquement, les choses restent au même point. Les battements du cœur sont encore bons, mais déjà le liquide amniotique est teinté de méconium.

A 1 heure du matin, la tête n'a pas avancé; de plus on trouve que la tête a tourné et que le menton regarde en arrière. M. Brindeau, interne du service, décide alors d'intervenir. On donne du chloroforme à la malade, et on la met en travers du lit. Il introduit la main gauche dans le vagin en arrière de la partie fœtale et à ce moment, il constate que la promontoire est saillant et facilement accessible. Puis, sur la main gauche comme conductrice, il introduit la branche droite du forceps à droite et

en arrière, sur la main droite, la branche gauche à gauche et en avant. Il opère le décroisement et il articule. Alors, sans exercer de tractions, il essaye de faire la rotation de la tête, mais ne peut y arriver. On enlève alors le forceps.

M. Brindeau essaye d'opérer la rotation de la tête avec la main. Il arrive ainsi à défléchir un peu et à ramener le menton dans le diamètre oblique gauche et en avant. Mais la tête ne reste pas longtemps dans cette position et retourne bientôt en postérieure. A ce moment, les battements du cœur commencent à devenir irréguliers et à se ralentir, il s'écoule un peu de liquide amniotique teinté de méconium. La femme est remise dans son lit et réveillée. On fait alors appeler M. le docteur Boissard.

A 3 h. 40 il arrive, et trouve alors que la tête est revenue en arrière en M. I. G. P. et qu'elle n'est pas très défléchie, de plus elle est inclinée sur le côté de manière que la joue gauche regarde en avant et en bas. On remet la femme en travers du lit et on lui donne du chloroforme.

L'auscultation à ce moment ne permet pas de percevoir les bruits du cœur.

M. Boissard introduit alors sur la main droite comme conducteur la branche gauche du forceps en arrière et à gauche, en portant le manche vers la cuisse droite de la femme.

Puis il introduit de même la branche droite et à gauche, de façon à saisir la tête tout à fait en avant près du menton. On articule et on tire de manière à défléchir la tête, mais le forceps glisse car il prend point d'appui sur une surface conique, et on est obligé de l'enlever.

A ce moment il s'est écoulé un liquide fortement teinté de méconium. Les bruits du cœur ne s'entendent plus, et il paraît évident que le fœtus est mort. Cependant M. Boissard continue à essayer une nouvelle application de forceps pour se rendre compte des difficultés que l'on rencontre en pareil cas.

Il fait une troisième application de forceps de la même façon, mais le forceps glissa encore, puis une quatrième suivie du même résultat.

En touchant alors, il trouve que la tête s'est très défléchie et espère qu'il pourra l'avoir par une nouvelle application de forceps, les cuillers étant appliquées sur les pariétaux. Il introduit donc successivement la branche gauche, puis la droite, mais en ayant soin d'incliner les manches vers la cuisse gauche de la femme, de manière à saisir la tête dans son diamètre bi-pariétal. Il tire alors, la tête avance, puis il fait la rotation. La rotation externe se fait ensuite, et on dégage les épaules; puis le tronc et les membres inférieurs. Il est 4 h. 15.

Enfant volumineux. Battements du cœur complètement abolis. On coupe le cordon et on l'emporte. M. Boissard fait une injection intra-utérine, puis il introduit la main dans l'utérus et ramène le placenta et les membranes; puis il fait une seconde injection intra-utérine. L'enfant pèse 4.020 grammes. Longueur, 54 centimètres. La tête est considérablement allongée suivant le diamètre antéro-postérieur. La face est déformée. On voit sur le front, une bosse séro-sanguine et il y en a une autre sur la joue gauche. Les joues présentent une teinte ecchymotique, les yeux sont un peu boursoufflés, les lèvres violacées. Des phlyctènes existent sur les yeux et la joue droite. Les cuillers du forceps n'ont pas laissé de traces.

Diamètre promonto-sous-pubien du bassin de la mère : 11.5.

OBSERVATION VII

Présentation de la face en M. I. D. P. Forceps. (Observation prise par M^{lle} Léa Turon, élève du service. Due à l'obligeance de M. le docteur Ferré, directeur de la maternité de Pau.

La nommée B... T., est entrée à la maternité de Pau le 14 octobre 1893 pour se faire examiner. Elle est très petite.

Par le palper, je trouvai inférieurement une tumeur dure au dessus du détroit supérieur, c'était la tête. Le dos était à droite et en avant, le siège dans l'hypochondre gauche ; les bruits du cœur s'entendaient à gauche et en avant, à un niveau assez élevé au dessus du détroit supérieur. Ils étaient bons.

Par le toucher, je trouvai que le bassin était généralement petit, mais non rachitique.

Le 17 octobre, nouvel examen. On trouva que la tête était à la même hauteur que précédemment ; le plan antérieur du fœtus était en avant, le front était accessible au dessus de la symphyse pubienne. Les bruits du cœur s'entendaient à l'ombilic.

Le 20 octobre, à 5 heures du matin, cette femme accusa les douleurs d'accouchement.

Le palper, l'auscultation donnaient les mêmes résultats que précédemment. Au toucher, je trouvai une dilatation grande comme une pièce de 5 francs. Dans l'aîne du détroit supérieur, je constatai tous les signes d'une présentation de la face en M. I. D. P.

A 9 heures, M. le docteur Ferré examina cette femme, il trouva que le front, le nez et le menton étaient à la même hauteur, mais le menton avait tendance à tourner encore plus en arrière. La dilatation était alors de 7 centimètres. Cette femme

cut des douleurs très fortes, et à 10 heures, la dilatation était complète. M. le docteur Ferré administra le chloroformé à cette femme pour essayer de transformer la présentation en abaissant l'occiput, mais il ne put y réussir. Il rompit la poche des eaux et fit engager la tête artificiellement.

A 11 heures, M^{lle} Legrand, sage-femme en chef, examina cette femme à son tour, et trouva que la tête s'était encore engagée.

A 5 heures, M. le docteur Ferré voyant que les douleurs étaient impuissantes, que les eaux étaient perdues depuis plusieurs heures déjà et que le menton restait toujours en arrière, se décida à faire une application de forceps.

Il employa le procédé que M. le docteur Budin recommande, c'est-à-dire qu'il fit deux applications de forceps successives, la première pour exécuter le mouvement de rotation, la seconde pour opérer la déflexion complète d'abord et le dégagement ensuite. Après quelques tractions, le menton s'est dégagé sous le pubis, et l'accouchement s'est terminé normalement.

L'enfant mourut vingt-quatre heures après la naissance, son état était faible, la face violacée, les lèvres tuméfiées, des phlyctènes existaient sur les paupières.

Autopsie. — On trouva une hémorragie méningée en nappe. Derrière l'oreille gauche, on trouvait une petite ecchymose due à la pression du forceps sur le cuir chevelu.

OBSERVATION VIII

Multipare à terme ; Présentation de la face en M. I. D. P. avec procidence des pieds ; Version par manœuvres externes dans les derniers jours ; Forcés. (Observation prise dans le service de M. Budin.)

La nommée Leto, âgée de 35 ans, cuisinière, entre le 15 novembre 1891, dans le service de M. Budin.

Antécédents héréditaires bons Rien à signaler dans ses antécédents personnels. Elle a déjà eu deux grossesses précédentes et normales. Ses deux enfants se portent bien.

Grossesse actuelle. La parturiente ne présente pas de rachitisme. Elle a eu ses dernières règles du 5 au 10 février. Au début de la grossesse quelques vomissements, mais elle a dès le quatrième mois des douleurs dans le ventre telles qu'elle doit quitter sa place. Elle se repose trois semaines, essaye de nouveau de travailler, mais après quelques jours doit encore cesser ses occupations.

Le 15 novembre elle vient à la consultation à cause de ses douleurs et parce qu'elle pense qu'elle est sur le point d'accoucher. On l'examine et on trouve qu'elle a un ventre très volumineux au palper et une poche des eaux considérable. On diagnostique au palper une présentation de l'épaule, mais le fœtus est très mobile. Les urines contiennent 50 centigrammes d'albumine par litre.

Elle est admise au dortoir des femmes enceintes. Le 27 novembre, M. Basset trouvant une présentation du siège essaye la version par manœuvres externes et la réussit.

Le 28 novembre il retrouve le siège en bas, essaye de nouveau la version, mais sans pouvoir la réussir. Il touche la femme,

trouve l'orifice interne un peu enrr'ouvert et sent les deux pieds.

Le 29, M. Budin l'examine, trouve les deux pieds au toucher, mais n'insiste pas dans son examen dans la crainte de rompre la poche des eaux.

Le 30, au moment de la visite, la femme se plaint d'avoir perdu les eaux dans la nuit. Au toucher on constate que la poche des eaux est rompue, que le col est effacé et qu'il y a un commencement de dilatation. On sent les pieds, mais on ne peut atteindre d'autre partie fœtale.

La parturiente a quelques douleurs de reins dans la journée, mais la dilatation ne fait pas de progrès. La femme est descendue à la salle d'accouchement à 4 heures du soir.

Au palper l'utérus est très rétracté; on a beaucoup de peine à limiter les parties fœtales. Au niveau du détroit supérieur on sent une masse dure, arrondie, mais du côté droit cette partie présente des irrégularités et une mollesse qui fait penser sur un siège. On cherche la tête au fond de l'utérus, mais on ne parvient pas à la délimiter. On ne sent à ce niveau qu'un plan résistant.

A 9 heures du soir on ne trouve plus qu'un pied procident dans le vagin.

Le col est dilaté de 4 centimètres environ.

En pratiquant alors plus profondément le toucher, on arrive sur une partie fœtale qui présente tous les caractères de la face. On sent à gauche les bords tranchants des arcades orbitaires au-dessous desquels sont deux petits corps arrondis : ce sont les globes oculaires.

Entre eux on sent le nez qui a la forme d'une pyramide triangulaire dont la base offre deux orifices regardant à droite et dans le diamètre transverse.

Au-dessous deux petites masses molles, ce sont les lèvres, au

milieu la bouche et en dedans une saillie en demi-cercle formée par le bord sous-cutané du maxillaire inférieur; c'est le menton.

On porte alors le diagnostic de M I D T en transverse, à cause de la procidence d'un pied en arrière de la face.

Le pied est alors reconnu pour être le pied droit. La face plantaire regarde en bas; les orteils sont en avant et à droite; le talon en arrière; le bord interne épais regarde à gauche et en remontant avec les doigts en arrière, on s'assure du sens de la flexion. En plaçant alors par la pensée son pied droit dans le même sens que celui du fœtus, en prenant la position diagnostiquée, on reconnaît que c'est le pied droit.

M. Bonnaire prévenu arrive à 11 heures 1/4, reconnaît la présentation en M I D T, s'assure que c'est bien le pied droit qui fait procidence, constate que la version podalique est impossible car l'utérus fait corps avec le fœtus.

Au palper il trouve le siège dans la fosse iliaque droite, le dos courbé en arc dépasse l'ombilic de deux travers de doigt. On entend les battements du cœur en trois points: au-dessous de l'ombilic et à droite, sur la ligne médiane au-dessous de l'ombilic et à gauche au-dessus de l'ombilic.

M. Bonnaire fait alors donner un peu de chloroforme à la femme, saisit le pied procident, le repousse à gauche et en haut derrière la tête, puis quand il l'a fait passer en arrière de l'occiput et au dessus de l'anneau de Bandl il fléchit la jambe en la glissant sur la partie antérieure du thorax de l'enfant et le sent fuir sous le doigt du côté droit.

A ce moment au palper on ne trouve pas le fer à cheval dans la fosse iliaque droite, mais on sent à gauche le coup de hache et au dessus le dos de l'enfant accolé à la paroi de l'abdomen. Au dessus du pubis et à droite on saisit assez facilement l'épaule droite.

M. Bonnaire essaye alors la manœuvre de Schatz : M. Basset avec ses deux mains dans la fosse iliaque droite soulève l'épaule droite et essaye de repousser le tronc et le siège dans le flanc gauche, pendant que M. Bonnaire appuie sur le siège. Ne réussissant pas de cette façon M. Bonnaire appuie sur l'occiput et essaye de soulever le menton pendant que M. Basset continue de soulever l'épaule droite, puis essaye ensuite par manœuvres externes et manœuvres internes. M. Basset soulevant toujours l'épaule droite, M. Bonnaire appuie sur l'occiput avec la main droite et essaye en même temps par la main gauche introduite dans le vagin de faire remonter le menton en appuyant sur la région malaire.

Aucune de ces tentatives ne réussit à amener une présentation du sommet. L'occiput est un peu abaissé, mais vient butter sur la ligne innominée, ne pouvant avancer plus loin. Les épaules et le tronc semblent très fortement embrassés et immobilisés par l'anneau de Bande qu'on entraîne en soulevant les épaules.

Il est minuit trente ; M. Bonnaire nous quitte, nous laissant espérer que sous l'influence de fortes contractions la tête peut se fléchir et la présentation de la face se transformer en présentation du sommet.

A 1 heure, au toucher, on trouve la présentation de la face en M.I.D.P. Le menton est très accessible à 1 h. 1/4; on sent un peu le front avec une bosse séro-sanguine ; à gauche les yeux, le nez, la bouche ; mais le menton, très accessible avant, l'est moins maintenant ; il semble remonter. Le front s'abaisse de plus en plus ; bientôt la bouche elle-même n'est plus accessible.

A l'auscultation on avait jusque-là bien entendu les battements du cœur de l'enfant. Ils deviennent maintenant irréguliers, cessent même d'être entendus par moments, surtout après les contractions. La dilatation est complète, la tête toujours au dessus du détroit supérieur.

M. Basset fait alors préparer le forceps, prend toutes les précautions antiseptiques d'usage, vaseline la face dorsale de sa main gauche, l'introduit dans le vagin et ramène la présentation en M.I.DtA.

Il demande ensuite la branche droite, l'introduit avec la main droite en glissant sur la face palmaire des doigts de sa main gauche placée à droite, mais ne peut la faire pénétrer profondément. Il la fait maintenir en bas contre la cuisse droite.

Il introduit alors sa branche gauche de la main gauche, à gauche et en arrière en glissant sur les doigts de la main droite; cette branche pénètre profondément et facilement par un mouvement de spire.

Mais il ne peut articuler les deux branches, la droite n'ayant pas pénétré, arrêtée soit par l'anneau de Bandl, soit par le promontoire, Le forceps est retiré.

M. Bonnaire, prévenu arrive à 2 h. 30 minutes. Les battements du cœur sont redevenus normaux. Il attend une demi-heure environ et, voyant que malgré les efforts considérables de la femme le travail n'avance pas, il essaye une application de forceps oblique en M I D P; mais la branche gauche n'étant plus solidement maintenue, il s'aperçoit que ses deux branches sont aux extrémités des diamètres transverses du bassin.

Mauvaise prise; on retire les branches. Pendant ces manœuvres, M, Bonnaire sent que la rotation se fait assez facilement sous le doigt; il ramène alors sa face en M I D A, fait son application de forceps en commençant par introduire sa branche droite. Il fait pénétrer sa main gauche dans l'utérus, mais de fortes contractions utérines, lui compriment la main de telle façon qu'il a beaucoup de difficultés à faire pénétrer sa branche droite entre la face palmaire des doigts de sa main gauche sur le pariétal postérieur. Il fait tenir sa branche légèrement inclinée contre la cuisse droite de la femme. Il introduit ensuite sa branche

gauche avec la main gauche en la glissant entre la face palmaire des doigts de sa main droite et la tête et ramène cette branche sur le pariétal antérieur par un grand mouvement de spire, décroise ses branches et les articules.

Il s'assure alors qu'il a bien saisi la tête sur les pariétaux et non sur la face où le forceps aurait été exposé à déraper. Il met alors la vis, place son tracteur et tire en bas et en arrière très doucement, défléchit ainsi sa tête à fond en amenant le menton sous la symphyse, de la façon suivante : la tête tourne autour de l'os malaire comme pivot, l'occiput remonte en arrière et le menton vient alors se dégager sous la symphyse diminuant ainsi le diamètre O M.

M. Bonnaire, tenant le tracteur de la main droite, maintenant de sa main gauche le forceps, relève alors très doucement, très lentement ses branches en tirant, car il a affaire à un périnée œdédié, périnée d'albuminurique qui semble très friable. On voit alors apparaître à la vulve la face violacée et la tête bascule puis se fléchit pour sortir suivant ses diamètres sous-mentaux (nasal, frontal, occipital).

Le tracteur est enlevé, le forceps désarticulé, M. Bonnaire reconnaît aussitôt l'existence d'une circulaire très serrée autour du cou de l'enfant ; il demande des pinces, des ciseaux. Une pince est mise sur le cordon en toute hâte, et comme il n'en a qu'une à sa disposition, on serre le cordon entre le pouce et l'index. La section du cordon est faite aussitôt entre la pince et la partie comprimée. L'enfant est emporté, mais malgré tous les soins d'usage, il ne peut être rappelé à la vie. Il est 3 heures 30 minutes.

La face, la partie supérieure du tronc et de l'épaule gauche sont violacées. Au dessous l'enfant est blanchâtre ; une ligne assez bien marquée sur la peau, sépare ces deux régions. C'est

le cordon qui serré en écharpe autour de l'enfant a laissé ces traces ; il est tirailé, tendu au niveau de l'ombilic.

Cette ligne part de l'ombilic, pour passer sous l'aisselle du bras gauche, remonte en arrière du thorax, passe sur l'épaule droite, revient en avant sur le thorax et le bras gauche. Cette disposition du cordon peut, jusqu'à un certain point, nous expliquer l'irrégularité des battements du cœur de l'enfant, battements qui ont même cessé à plusieurs reprises pendant le travail.

On trouve sur le membre inférieur droit au niveau de la jambe et du pied, une bosse séro-sanguine bleuâtre.

♣ A la partie interne de la jambe, on voit une dépression profonde, résultant de la pression de la tête sur ces points.

Poids de l'enfant : 2.750 grammes.

Délivrance spontanée un quart d'heure après.

Pas d'hémorrhagie. La mère va bien.

On peut voir, d'après la lecture de ces quelques observations, les difficultés, considérables parfois, que l'on peut rencontrer à opérer l'accouchement.

Mais, si le forceps est bien appliqué ; si on a bien soin de faire opérer le mouvement de rotation à la tête, avant de faire la moindre traction ; si la tête n'est pas très engagée, on a de grandes chances pour mener à bien cette opération délicate.

Que si des tractions intempestives sont faites, soit par ignorance, soit par erreur de diagnostic, les conséquences les plus funestes peuvent surgir ; on ne fait qu'enclaver la tête de plus en plus. En lisant les *Annales de gynécologie* pour l'année 1874, nous avons

trouvé une observation due à M. Petit, interne du service d'accouchement à Saint-Antoine. Elle nous a semblé si instructive, que nous la citons in-extenso :

OBSERVATION IX

Annales de Gynécologie, 1874.

*Présentation de la face avec procidence d'un bras et du cordon.
Thrombus de la vulve. Mort. Autopsie. Rupture de l'utérus.
Disjonctions multiples des os de la face du fœtus.*

K..., salle Sainte-Marguerite, lit n° 1, hôpital Saint-Antoine, service de M. Peter.

Le 9 mars, à 4 heures du matin, on amenait à l'hôpital Saint-Antoine une femme en mal d'enfant avec un billet portant les renseignements suivants, fournis par le médecin qui l'assistait en ville : Présentation de la face. Procidence du bras et du cordon. Thrombus de vulve développé avant toute manœuvre. Version ou forceps impossible.

La malade était bien à terme, elle avait accouché une première fois il y a trois ou quatre ans sans aucun accident. Elle avait commencé à ressentir quelques petites douleurs la veille au matin, mais le travail ne s'était franchement déclaré qu'à 8 heures du soir. Ventre très douloureux. Utérus forme saillie considérable en avant et à gauche; on sent sur sa partie latérale droite, une sorte de bride résistante, étendue de son angle supérieur vers la fosse iliaque droite.

La grande lèvre gauche est le siège d'un épanchement sanguin abondant; la tumeur ainsi formée atteint un volume à peu près égal à la moitié d'une tête de fœtus. Elle n'est pas très tendue et

présente une consistance mollassse. Elle déborde notablement la ligne médiane à droite de manière à reporter de ce côté l'orifice vulvaire en le rétrécissant notablement...

... Le toucher pratiqué avec les plus grands ménagements ne nous permet de constater que la procidence d'une main; nous sentons à côté un corps mollassse, lisse, dont nous ne pouvons préciser facilement la nature; nous ne voulons d'ailleurs pas pousser plus loin dans un simple but de diagnostic un examen dangereux et nous faisons aussitôt prévenir un accoucheur. La malade est pâle et presque sans pouls; les extrémités notablement refroidies; la malade a perdu beaucoup de sang chez elle. Son mari nous apprend dans la journée qu'on avait fait pendant la nuit, sans résultats, plusieurs tentatives d'application de forceps; d'après les renseignements écrits du médecin, ces tentatives ont été postérieures à l'apparition du thrombus.

M. Chantreuil arrive près de la malade à 8 heures du matin. Il constate la présentation de la face flanquée d'un bras à travers un col qui présente un diamètre de trois travers de doigt à peine. Il réduit le bras procident et conseille d'attendre, l'intervention étant encore impossible actuellement, et l'engagement de la tête pouvant maintenant avoir lieu. Il reviendra dans l'après midi, et si l'accouchement ne se termine pas seul par défaut de rotation de la tête, il se propose de faire la céphalotripsie. Une fois la réduction du bras effectuée, les contractions redeviennent régulières et énergiques, et s'accompagnent de douleurs vives.

Vers 2 heures, je touchai la malade et je constatai que la tête s'était profondément engagée; la procidence du bras s'était reproduite et la main venait apparaître à la vulve. Les douleurs continuaient: la forme du ventre n'avait pas changé. Peu à peu, les douleurs faiblirent, puis cessèrent complètement. Il s'était fait depuis l'entrée de cette femme, un suintement sanguinolent

qui formait de larges taches sur les linges de la malade, mais pas d'hémorrhagie à proprement parler.

La malade devint de plus en plus agitée et ne pouvait rester en place; elle avait une soif vive et buvait souvent en petite quantité à la fois; elle vomit à plusieurs reprises ses boissons; elle était couverte de sueurs froides, se plaignait d'étouffements, demandait de l'air, le décubitus horizontal lui était très pénible.

Le poulx qui était presque insensible le matin, était revenu sous l'influence du café et d'une potion de Todd; mais vers 3 heures il avait déjà notablement faibli et il ne tarda pas à disparaître complètement. Puis peu à peu, l'agitation et les plaintes cessèrent et la malade tomba dans un état de prostration complète. M. Chantreuil, à 4 h. 30, constata cet état de choses, évidemment précurseur de la mort et rejeta toute intervention comme absolument inutile.

La malade succomba à 6 heures du soir.

Autopsie. — A l'autopsie, on trouve une déchirure qui livre passage au fœtus et qui intéresse la partie latérale droite du col et de l'utérus dans une hauteur de 10 centimètres. Le péritoine seul ou doublé de quelques débris de tissu du ligament large, la limite en avant. Le feuillet postérieur du ligament large est déchiré jusqu'à deux travers de doigt au dessous de l'angle droit de l'utérus. Le col n'est bien distinct qu'à sa partie postérieure, en avant, il est difficile à distinguer du vagin et de la paroi utérine très amincie. Il n'y a qu'un peu de sérosité sanguinolente dans l'abdomen; pas encore de péritonite...

.. Les lésions les plus intéressantes de cette autopsie ont pour siège la tête du fœtus; elles sont évidemment le résultat des applications de forceps successives. Elles consistent en disjonctions des divers os de la face, et des diverses parties de ces os.

Le maxillaire inférieur est disjoint au niveau de la symphyse.

Les os malaires sont séparés des apophyses zygomatiques et des maxillaires supérieurs; ces derniers sont séparés l'un de l'autre et les sutures qui unissent leurs branches montantes aux frontaux sont disjointes. Il en est de même des commissures supérieure et inférieure du vomer et des sutures qui unissent les palatins entre eux et aux os voisins.

M. Demelin, chef de clinique de M. le professeur Tarnier, pour faciliter la déflexion de la tête, use du procédé suivant : Son forceps une fois appliqué, il introduit deux doigts de la main dans la bouche du fœtus, et les appuie fortement sur la voûte palatine, de manière à défléchir la tête en même temps qu'avec le forceps, il fait opérer à la tête son mouvement de rotation. Voici une observation dans laquelle il a employé cette méthode, et que notre excellent ami, M. Perret, moniteur, a bien voulu nous communiquer.

OBSERVATION X

Bli... Marie, 22 ans, domestique. Primipare. Antécédents héréditaires et personnels bons. Elle a marché à un an. Face antérieure du sacrum accessible au loin. A terme. Les urines sont normales. Elle entre à la salle d'accouchements le 3 juin 1894, à 4 h. 10 du matin. A 11 h. 45 du matin, la poche des eaux se rompt spontanément. Le liquide amniotique est teinté de méconium, et, à l'auscultation, les bruits du cœur, qui jusque-là avaient été excellents sont ralentis et irréguliers. M. Demelin examine la femme; il trouve la tête fixée dans l'excavation et toujours en

MIGP. Il décide d'intervenir et de faire une application de forceps. Il place les cuillers comme pour une OIGP, branche droite, la première en-arrière, branche gauche, la deuxième en avant, la convexité des cuillers étant dirigée à gauche et obliquement. Il articule et place le tracteur. Il confie celui-ci à un aide, qui le soutient sans exercer de traction, puis, plaçant deux doigts de la main droite dans la bouche du fœtus, il appuie sur la voûte palatine pour défléchir davantage la tête. Pendant que de la main gauche, il agit sur le manche du forceps pour faire exécuter à la tête son mouvement de rotation, lequel se fait ainsi facilement, et cela sans traction préalable, ni abaissement préliminaire de la présentation sur le périnée.

Extraction. — M. Demelin, en appuyant toujours sur la voûte palatine de la main droite, snisit alors de l'autre le tracteur et tire ; mais une anomalie se produit. La bouche du fœtus se trouve grande ouverte et le maxillaire inférieur s'appuie derrière la symphyse, rendant ainsi l'extraction un peu plus difficile. Mais il se dégage vite, et la sortie du fœtus n'offre plus aucune difficulté. Elle s'effectue à 12 h. 15. Il y a une légère éraillure du périnée. L'enfant, du poids de 3,440 grammes naît un peu étonné, mais il est vite ramené par une friction.

Etat général bon.

Nous avons répété, avec le plus grand succès, cette manœuvre de M. Demelin, sur le mannequin.

Dans les cas où il serait bien prouvé que l'enfant a cessé de vivre, il est indiqué de faire l'embriotomie ou la basiotripsie, ce qui ne souffre pas plus de difficulté que pour le sommet.

Depuis l'emploi de la symphyséotomie, on peut songer à l'appliquer aux cas de la présentation de la face en postérieure ; mais outre qu'elle ne laisse pas que de faire courir quelque danger à la mère, malgré la plus parfaite antisepsie, par l'énorme quantité de sang qu'elle peut perdre, il n'est pas facile de l'employer en

clientèle, alors qu'on est le plus souvent dépourvu d'aides intelligents, instruits, sur qui, en un mot, on puisse compter.

Nous tenons, en terminant, à parler d'un procédé qui n'est décrit nulle part, et dont l'honneur de la découverte revient à M. le docteur Bonnaire, accoucheur des hôpitaux.

La grosse difficulté, d'après ce que nous avons dit plus haut, est l'introduction de la deuxième cuiller, qui est souvent accrochée par le menton, alors qu'on lui imprime un mouvement de rotation pour la conduire à sa place. Avec la méthode de M. Bonnaire, cette difficulté disparaît; de plus, la prise est aussi bonne qu'on peut le désirer. C'est donc ce procédé que nous recommandons tout spécialement à l'attention. On pourra, dans le cours de ce paragraphe, nous accuser de faire des redites; mais nous les considérons comme nécessaires, tellement nous semblent importantes les questions qu'elles comportent.

Le forceps, comme nous l'avons déjà indiqué, est un puissant agent de flexion ou de déflexion; mais il ne faut pas oublier qu'il ne doit « qu'imiter et seconder « les efforts de la nature ».

Or, dans les faces en postérieure, pourquoi le menton ne tourne-t-il pas?

C'est parce que la tête est insuffisamment défléchie. Tous les accoucheurs se sont beaucoup préoccupés de la façon dont devaient être faites les tractions; on peut dire qu'aujourd'hui les travaux qui ont paru à ce sujet ont singulièrement avancé la question. Mais, suivant

l'avis de M. le docteur Bonnaire, que nous partageons absolument, il reste encore beaucoup à faire sur le forceps, en tant qu'agent de préhension. Les cuillers du forceps, en effet, ne sont pas seulement des tracteurs. Les tractions ne seront efficaces qu'autant que la préhension sera bonne. Quand un accoucheur essuie une défaite dans une présentation de la face en postérieure, c'est uniquement parce que la prise était mauvaise. Où faut-il placer les cuillers dans ces variétés? M. le docteur Bonnaire conseille de les enfoncer aussi loin et aussi en arrière que possible, les manches du forceps appuyant fortement sur la commissure postérieure de la vulve, déprimant, refoulant le périnée à l'extrême. Si les choses sont ainsi faites, nous affirmons que la prise sera bonne.

Qu'il nous soit permis de comparer, avec M. le professeur Tarnier, ce qui se passe dans les occipito-postérieures, avec ce qui se passe dans les mento-postérieures :

Dans les deux cas, la cause de non-descente de la tête est la même. Dans les occipito-postérieures, elle est due à un défaut de flexion; dans les mento-postérieures, à un défaut de déflexion.

Il faut donc, pour arriver au résultat cherché, compléter cette flexion ou cette déflexion. En observant la règle que M. Bonnaire propose, la tête sera saisie suivant son diamètre, occipito-mentonnier, dans les deux cas, ou tout au moins suivant le diamètre qui s'en rapproche le plus, et on peut parfaitement se rendre compte que cette bonne prise, une fois faite, les trac-

tions seront efficaces, amenant dans les occipito-postérieures, une flexion ; dans les mento-postérieures, une déflexion. Il peut arriver qu'on ait parfois une certaine difficulté à faire tourner la tête ; dans ce cas, il faut user de patience et de douceur.

Il y a des faces qui tournent avec la plus grande facilité ; d'autres qui demandent une élongation du cou, souvent considérable. Il faut alors tirer le plus possible, en bas et en arrière, puis essayer de tourner et recommencer cette manœuvre jusqu'à ce qu'on ait réussi.

Dans les occipito postérieures, M. Bonnaire s'est vu parfois obligé de faire arriver le sinciput jusqu'à la vulve avant de pouvoir faire opérer à la tête son mouvement de rotation. Une fois cette dernière obtenue, grâce à un mouvement de vielle imprimé aux manches du forceps, le menton est ramené sous le pubis où il se dégage. Il faut alors que chaque main empoigne la branche correspondante du forceps le plus près possible de la tête, comme elle saisirait, suivant la pittoresque expression de M. le docteur Bonnaire, deux favoris.

Mais dira-t-on, vous allez par suite de la pression considérable que vous infligez au périnée, produire des déchirures énormes. Ce n'est pas une objection sérieuse, car à moins d'avoir affaire à un périnée épais, friable, inextensible qui, quel que soit le procédé employé se déchirera, on n'observe guère de ces déchirures. Et quand même elles se produiraient ? L'antisepsie a fait de si grands progrès depuis quelques

années, qu'on peut considérer comme très légère cette petite complication si elle arrivait à se produire. Il est si facile d'y remédier !

M. le docteur Bonnaire nous a affirmés que depuis qu'il a recours à sa méthode dont il se sert dans les occipito-postérieures, aussi bien que dans les mento-postérieures et cela depuis plusieurs années, il n'a jamais fait en vain une application de forceps. Chaque fois, il a admirablement réussi et avec la plus grande facilité. Nous-même, avons opéré de la même façon et nombre de fois sur le mannequin, et nous avons été émerveillés de la simplicité du procédé, auquel nous proposons de donner le nom de : *Procédé de M. Bonnaire*.

OBSERVATION XI

Application de forceps pour une présentation de la face élevée en
M. I. D. P. (observation due à l'obligeance de M. le docteur
BONNAIRE, accoucheur des hôpitaux.

La nommée Clémentine R... est entrée dans le service de M. le docteur Maygrier, le 3 septembre 1892. Lit n° 2.

Santé généralement bonne. Age de la marche : un an. Première apparition des menstrues à 17 ans. Régulièrement réglée.

Deux grossesses antérieures : la première à l'âge de 20 ans. Enfant venu à terme sans difficultés et sans accidents. Actuellement vivant.

Deuxième enfant, 18 mois après le premier, mort-né à terme

et d'extraction difficile, sans qu'on puisse savoir au juste le motif de la mort du fœtus et le mode d'extraction.

Dernières règles du 21 au 2 novembre 1891. A noter comme complications de la grossesse, de la céphalée, des nausées, des vomissements. Aucun examen n'a été fait au cours de cette grossesse.

Le travail a débuté huit heures avant l'entrée de la parturiente à l'hôpital de la Pitié, c'est-à-dire vers 1 heure du matin, le 3 septembre 1892. Elle a été reçue à la consultation vers 9 heures du matin.

Une ou deux applications de forceps auraient été tentées deux ou trois heures auparavant, mais sans succès.

A son entrée, on constate ce qui suit : Cette femme a des douleurs intermittentes mais très fréquentes, en rapport avec les contractions utérines. Le ventre est volumineux, on ne peut le palper que très difficilement, et on perçoit seulement la dureté du globe utérin. L'examen est encore rendu plus difficile par l'indocilité du sujet.

Le toucher permet de constater une dilatation complète du col. La poche des eaux se serait rompue dès l'apparition des premières douleurs et spontanément. On arrive enfin sur une partie fœtale, mais très élevée. Le nez est senti à l'extrémité du diamètre oblique gauche, c'est-à-dire vers la symphyse sacro-iliaque droite. On sent très bien les arcades orbitaires, et le front, mais on ne peut faire le tour du menton à droite et en arrière de la bouche.

L'auscultation fait entendre le maximum des bruits du cœur, fœtal à droite et en arrière : ces bruits sont normaux.

Le diagnostic était donc celui-ci : *Présentation de la face en M I D P* sans engagement profond. Fœtus à terme et vivant.

Le bassin mesure seulement 9 centimètres dans son diamètre

promonto-sous-pubien, l'angle sacro-vertébral étant accessible vu le pu d'engagement de la tête.

Urines normales.

Intervention. — M. le docteur Bonnaire prévenu, tente vers 4 heures de l'après-midi une nouvelle application de forceps, après avoir reconnu la présentation et la position et après avoir essayé en vain avec la main d'engager plus profondément la face par la déflexion de la tête.

Il fait mettre la femme en position obstétricale et on lui administre du chloroforme. puis il emploie son *modus faciendi*.

M. le docteur Bonnaire introduit la branche gauche la première, à gauche et en arrière, qu'il fait reposer sur le grand ligament sacro-sciatiques. Cette branche étant conduite très profondément il abaisse ensuite en arrière le manche de cette branche gauche de façon à refouler le périnée le plus fortement en arrière qu'il le peut.

Pour introduire ensuite la branche droite sans avoir recours au mode d'application de M^{me} Lachapelle, M. Bonnaire la met directement en place en la glissant d'emblée entre la région temporale du fœtus et l'éminence iléo-pectinée droite. Cette deuxième branche une fois mise en place, et très profondément introduite comme la précédente, il porte cette fois encore le manche le plus en arrière possible et il articule.

Avant de serrer la vis de pression, M. le docteur Bonnaire s'assure que les cuillers du forceps sont, autant qu'il se peut, dirigées de bas en haut et d'arrière en avant, de telle façon qu'on tire le plus en arrière possible, à peu près dans la direction du grand diamètre occipito-mentonnier.

La vulve étant fortement distendue par le refoulement en arrière du plancher périnéal sous la pression des branches du forceps, M. Bonnaire articule alors le tracteur et commence par exercer quelques tractions en ramenant doucement d'arrière

en avant les branches de préhension. Ce dernier temps a pour effet, de ramener le menton dans le même sens, c'est-à-dire d'arrière en avant, pour compléter la déflexion de la tête.

Une fois le menton amené au centre de l'excavation, il continue à tirer d'une main par le tracteur, tandis que de l'autre main il fait exécuter le mouvement de vielle aux extrémités des manches de préhension. Sous l'influence de la déflexion, de la traction et de la rotation artificielles combinées, la tête tourne bientôt avec la plus grande facilité s'engage et le menton vient rapidement se dégager au dessous des pubis.

La face se dégagea donc en mento-pubienne. Le travail avait duré 15 heures. Périnée intact.

L'enfant pèse 4.600 grammes.





PRONOSTIC

On peut dire en thèse générale que l'accouchement par la face offre un pronostic assez sérieux pour la mère et pour l'enfant, pronostic qui doit être d'autant plus sérieux qu'on a affaire à une variété postérieure.

La mère s'épuise souvent en vains efforts et la pression longtemps prolongée de la tête au même niveau des parties molles maternelles, peut amener de graves complications. De plus la période de dilatation est plus longue par ce qu'il y a souvent rupture prématurée de la poche des eaux.

Le fœtus a souvent à souffrir aussi, pour peu que le travail se prolonge. M^{me} Lachapelle dit que : « l'apoplexie ou au moins la pléthore cérébrale et la disposition aux convulsions, en sont trop souvent le fâcheux résultat. » On conçoit très bien que si le cou reste longtemps comprimé sous l'arcade pubienne, il peut y avoir insuffisance dans la circulation veineuse céphalique de retour, d'où congestion cérébrale.

On a beaucoup insisté aussi sur le danger que court le fœtus par suite de la torsion que subit son cou quand on opère la rotation dans les postérieures. M. le professeur Tarnier, MM. Budin et Ribemont ont démontré que ces craintes étaient de beaucoup exagérées car le mouvement de torsion ne se passe pas uniquement au niveau de l'articulation atloïdo-axoïdienne, mais bien au niveau de toutes les vertèbres cervicales et dorsales jusqu'à la septième.

De plus, la moelle étant garantie par ce canal osseux résistant, ne peut subir ni aplatissement, ni déformation; elle ne subit qu'un léger mouvement de torsion.

Nous nous sommes convaincu nous-même de la réalité de ces faits, à maintes reprises dans le service. Nous avons pu faire opérer à la tête de l'enfant qui venait de naître, un mouvement de rotation tel que le devant de la figure était tourné du même côté que le dos, cela sans que l'enfant en souffrit aucunement.

Il est bon de prévenir la famille que l'enfant naîtra avec des ecchymoses, des tuméfactions, et que la tête aura tendance à rester renversée sur le dos. Cela n'est pas alarmant, tous ces petits accidents disparaissent d'eux-mêmes au bout de 5 à 6 jours.

La mortalité fœtale, 1/20 d'après certains auteurs. D'après De Soyre, sur 9 cas, 3 enfants sont morts à la Clinique, ce qui fait une moyenne de 33 %.

Poitou-Duplessis dit que, d'après Charpentier, les mento-postérieures sont des cas graves de dystocie quand la tête ne tourne pas. Sur 8 cas semblables

de sa pratique de la ville, Charpentier aurait eu, une seule fois, un enfant vivant. Dans les autres cas. il dut faire l'embryotomie. Dans la plupart d'entre eux, il n'avait été appelé qu'alors que la partie fœtale était engagée.





CONCLUSIONS

Il y a lieu de distinguer entre les M. A. et les M. Post.

1^o Dans les accouchements de la face en M. A., l'accouchement est ordinairement long, mais le plus souvent il est spontané. Il n'y a qu'à attendre respecter les membranes et surveiller le fœtus.

2^o Dans les mento-postérieures, l'accouchement est encore plus long. Il peut aussi se terminer spontanément, le menton opérant son mouvement de rotation en avant. Les cas de dégagement spontané en M. Post. sont des raretés scientifiques.

(Cas de Smellie, de Braun, de Braxton Hicks).

Le plus souvent il faut intervenir.

Distinction : A. Tête au-dessus du détroit supérieur.

B. Travail avancé.

A. On a essayé de transformer la force en sommet,

mais de même qu'avec la manœuvre de Schatz, on a des résultats peu brillants.

Toutes les fois que cela est possible, il faut avoir recours à la version classique; pour cela il faut une dilatation complète, suffisamment de liquide dans la cavité utérine, une tête non ou faiblement engagée. La version est indiquée à plus forte raison, quand il y a procidence.

B. La tête est profondément engagée, l'enfant souffre. Si dans les M. A., une application de forceps est facile, il n'en est plus de même ici.

Dans les M. postérieures, l'application régulière c'est-à-dire du menton à l'occiput est impossible, le menton ne se trouvant jamais au centre du bassin. On sortit la tête, seulement suivant un diamètre plus petit, de telle sorte que le bec des cuillers, au moment de la traction, vient faire basculer l'occiput, c'est-à-dire tend à fléchir la tête et à l'enclaver, même en portant le manche très en arrière soit à gauche, soit à droite suivant la position. Il est à peu près impossible d'éviter cet écueil. Aussi, d'après M. Budin, une fois le forceps appliqué, avant de faire des tractions faut-il faire opérer à la face son mouvement de rotation. On fait alors une seconde application en M. pubienne ou M. A.

Il peut arriver (M. Budin) que le forceps enlevé, le menton retourne en arrière. Dans un cas de ce genre, cité par M. Budin, il put faire la version. On pourra limiter.

La manœuvre de Loviot consiste en une rotation avec la main, puis avec le forceps.

On a conseillé aussi de fléchir la tête, mais c'est un mauvais procédé qui ne sert qu'à enlaver la tête et à forcer à recourir à la céphalotripsie.

On pourra avoir recours aussi soit à la manœuvre de M. Damelin (2 doigts sur la voûte palatine du fœtus et application de forceps), ou un procédé de M. Bonnaire (placement de la 2^e cuiller directement sous le pubis).

Le dégagement en mento sacré est chose impossible. Dans les 2 ou 3 cas où cela est arrivé, il y avait un bassin large, et un enfant petit.







BIBLIOGRAPHIE

- Annard.* — Traité d'accouchements, 1891.
- Annales de gynécologie*, 1874-1884.
- Baudelocque.* — Art des accouchements, 1796.
- Le Boursier du Coudray.* — Traité d'accouchements, 1759.
- M^{me} Boivin.* — Mémorial de l'art des accouchements.
- Budin.* — De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique, thèse Paris, 1876.
- Budin et Crouzat.* — Manuel d'accouchements.
- Charpentier.* — Traité pratique des accouchements, 1883.
- Carpentier.* — Contribution à l'étude des présentations de la face, thèse Paris, 1876.
- Boileux.* — Contribution à l'étude du pronostic et du traitement de la présentation de la face, thèse Paris, 1886.
- Capuron.* — Cours théorique et pratique d'accouchements, 4^e édit., Paris, 1828.
- Cazals.* — Essai critique sur les variétés défléchies des présentations de la tête et, en particulier, sur les présentations du front, thèse Paris, 1888.

Chailly. — Traité pratique de l'art des accouchements, Paris, 1861.

Cazeaux. — Traité théorique et pratique de l'art des accouchements, 1862.

Depaul. — Leçons clinique obstétricale.

Granier. — Présentation de la face, thèse Paris, 1891.

Hippocrate. — De la nature de l'enfant, par Littré, t. VII.

Gardien. — Traité d'accouchements, Paris, 1807.

Levret. — Art des accouchements.

M^{me} Lachapelle. — Pratique des accouchements, t. I, 1821.

Farabeuf et Varnier. — Introduction à l'étude des accouchements.

Loviot. — Annales de gynécologie, 1884.

Hecker. — Über die Schadelform bei gesichtslagen, Berlin, 1869.

Mauriceau. — Traité des maladies des femmes grosses, 7^e édition.

Penard et Abelin. — Guide de l'accouchement de la sage-femme, 1892.

Pinard. — Traité du palper.

Tarnier et Chantreuil. — Traité de l'art des accouchements, 1882.

Ribemont Dessaignes. — Travaux d'obstétrique, 1894.

Viardel. — Observations sur la pratique des accouchements.

Velpeau. — Traité complet de l'art des accouchements, 1835.

Smellie. — Traité de la pratique et de la théorie des accouchements, 1771.

Dictionnaire des études médicales pratiques. — Art accouchement, 1839.

Dictionnaire de médecine en 8 vol. de Fabre, 1841.

Pajot. — Dictionnaire des sciences médicales. Art accouchement (phénomènes mécaniques).

Tarnier. — Annales de gynécologie, 1882. Considérations
sur le forceps.

Budin. — Société obstétricale et gynécologique de Paris, 1893.

Tarnier. — Annales de gynécologie, 1873, t. IV.

Vu : Le Doyen,

Vu : Le Président de la Thèse,

BROUARDEL.

TARNIER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

Travaux de l'Académie de Médecine, 1881, Considérations
sur la fièvre
Mém. de l'Académie de Médecine, 1881, IV
Travaux de l'Académie de Médecine, 1881, IV

Travaux de l'Académie de Médecine, 1881, IV
Travaux de l'Académie de Médecine, 1881, IV
Travaux de l'Académie de Médecine, 1881, IV
Travaux de l'Académie de Médecine, 1881, IV

Travaux de l'Académie de Médecine, 1881, IV
Travaux de l'Académie de Médecine, 1881, IV
Travaux de l'Académie de Médecine, 1881, IV
Travaux de l'Académie de Médecine, 1881, IV

Travaux de l'Académie de Médecine, 1881, IV
Travaux de l'Académie de Médecine, 1881, IV

Travaux de l'Académie de Médecine, 1881, IV
Travaux de l'Académie de Médecine, 1881, IV
Travaux de l'Académie de Médecine, 1881, IV
Travaux de l'Académie de Médecine, 1881, IV

